

Kan vi snakke om det..?

Om terapeutar sitt møte med vald i nære relasjonar i
vaksenpsykiatrien

Sissel Urke
MGFAM H06 C
Mastergradsoppgåve i familieterapi og systemisk praksis
Diakonhjemmet Høgskole
30. april 2010
antal ord: 29232

Forord

Denne Mastergradsoppgåva er skrive på bakgrunn av samtalar med 6 terapeutar ved 2 distriktpsykiatriske senter i austlandsområdet. 3 av terapeutane frå ein allmennpsykiatrisk poliklinikk og 3 terapeutar frå ein allmenpsykiatrisk open døgnpost. Tema i samtalane var deira erfaring med å møte pasientar som var berørt av vald i nære relasjonar. Tusen takk for dykkar velvilje til å dele tankar, refleksjonar og meningar med meg.

Tusen takk til studieleiar, Førsteamanuensis Anne Øfsti, for hjelp til å utforme dei fyrste ideane ein seinsommarkveld på Geilo i 2008. Min rettleiar har vore Ella Kopperud, familierapeut ved Familievernkontoret i Aust- Agder. Avstanden mellom Arendal og Ål kunne ha vore ei hindring, men Ella har losa meg stødig gjennom dei ulike fasane i skrive- og tenkeprosessen via telefon og mail. Med utfordrande spørsmål, gode innspel og oppmuntrande tilrop. Tusen takk til deg, Ella.

Dette studiet kunne ikkje vore gjennomført utan velvilje frå arbeidsgjevar og kollegaer. Med økonomisk støtte til sjølvstudiet, og midlar frå Forskingsutvalet ved Ringerike Sjukehus, som gjorde det mogeleg å ta skrivepermisjon under ein hektisk innspurt. Men viktigast var støtte frå gode kollegaer som til tider måtte tole større arbeidspress slik at eg kunne drive med mitt.

Eg vil takke for støtte og oppmuntring frå medstudentar gjennom fire år. Det er utruleg kva ein kan klare når ein trur ilag. Familien min har vore svært tolmodig, og i periodar gjort det mogeleg for meg å vere heilt i mi eiga "boble". Takk til dei to mennene i livet mitt, Erlend og Torjus. Til sist vil eg takke min kjære nabo Bjørg, som har hjelpt meg med språket.

Ål 30. april 2010

Sissel Urke

Innholdsliste

1.0 Innleiing	side 6
1.1 Vald eit kompleks begrep	side 6
1.2 Omfanget av vald i nære relasjonar og offentlege føringar	side 8
1.3 Problemstilling og mitt mål med oppgåva	side 11
1.4 Oppbygging av oppgåva	side 13
2.0 Metode	side 14
2.1 Vitskapsteoretisk refleksjon	side 14
2.2 Filosofiske premiss i diskursanalyse	side 16
2.3 Diskursanalyse som teori	side 17
2.4 Utval	side 18
2.5 Min tilgang til terapeutane sine diskursar	side 19
2.5.1 Analyse	side 20
2.5.2 Intervju som metode	side 22
2.5.3 Intervjuprosessen	side 24
2.6 Forskingsetiske refleksjonar	side 25
3.0 Teori og empiri	side 28
3.1 Psykiatri- eit disharmonisk kunnskapsområde? Om sentrale diskursar	side 28
3.2 Vald i nære relasjonar i eit traumeperspektiv	side 31
3.2.1 Samanheng mellom barndomstraumer og seinare psykoseutvikling	side 34
3.3 Teoretiske perspektiv for å forstå psykisk lidning og vald	side 35
3.3.1 den nevrobiologiske modell	side 36
3.3.2 den psykodynamiske modell	side 36
3.3.3 den systemisk modell	side 38
3.4 Samfunn og tabuar	side 39
4.0 4.0 Presentasjon av ”funn”- analyser	side 43
4.1 Å vite eller å ikkje vite	side 44
4.2 ”det er fordi hun har ustabil personlighetsforstyrrelse”	side 49
4.3 ”du vet, vi spør jo ikke om vold”	side 56
4.4 ”ideelt sett burde man sikkert snakke med dem oftere enn man gjør”	side 61
4.5 Diskursar om vald- ”hvor de liksom krangla og slåss litt”	side 68
4.6 ”...de blir jo ikke friske likevel”	side 74
5.0 5.0 Avslutning	side 78
6.0 Litteraturliste	
Vedlegg: Informasjonsskriv, samtykkeerklæring	
Intervjuguide	
Kvittering på melding om behandling av personopplysningar	

Samandrag

Denne oppgåva handlar om korleis terapeutar i spesialisthelsetenesta i psykiatri møter pasientar som er berørt av vald i nære relasjonar. På bakgrunn av auka fokus på vald i nære relasjonar gjennom forskning, større politisk engasjement og auka mediefokus, ynskte eg å sjå om vald var eit av områda terapeutane utforska som bakgrunn for helseplager. Den fyrste landsdekkjande undersøkinga frå Norsk institutt for by – og regionsforskning, viser at meir enn kvar fjerde kvinne og kvar femte mann har opplevd at partner/ektefelle/sambuar har brukt fysisk vald meir enn ein gong etter fylte 15 år, og at meir enn 100 000 barn veks opp i familiar med vald. Vald i nære relasjonar har store helsemessige omkostningar.

Eg har sett fokus på fylgjande problemstilling:

- Kva diskursar tek terapeutar i bruk for å forstå kompleksiteten til pasientane sine psykiske vanskar.
- Kva betydning får diskursane som blir brukt for gyldiggjering av pasienten sine erfaringar med vald i nære relasjonar?

Oppgåva byggjer på samtalar med seks terapeutar i psykiatrisk praksis, tre av dei i ein poliklinikk, og tre i ein open døgninstitusjon. Diskursanalyse er brukt som teoretisk forankring for undersøkinga, og som analysemetode. Funna i undersøkinga vert drøfta i høve til empiri frå traumepsykologi og ulike teoretiske perspektiv på psykisk helse og vald.

Eit hovudinstrykk har festa seg etter dette arbeidet. Vald i nære relasjonar er lite fokusert i vaksenpsykiatrisk praksis. Terapeutane har forankring i ei psykodynamisk forståing av psykisk lidning, som fører til at dei relasjonelle perspektiva og fenomena kjem i skuggen av det individualpsykologiske. Valdserfaring som traumeerfaring er relativt mykje fokusert, og er tema i terapi. Pågåande vald vert i liten grad etterspurt, og når det vert snakka fram, vert det hovudsakleg behandla som eit individuelt anliggende. Det medfører at tryggingarbeid ikkje er vektlagt, og heller ikkje konsekvensane det har for pasienten og familiane til pasienten. Unntaket er når barn er involvert. Alle er kjent med ansvaret for å melde forhold som kan vere skadeleg for barn til barnevernet, men det oppstår ein diskursiv kamp mellom omsynet til barna sitt beste og pasienten sitt beste.

Innleiing

Tema for denne oppgåva er korleis terapeutar i vaksenpsykiatrien¹ arbeider for å identifisere vald i nære relasjonar. Mi interesse for dette temaet har kome til i møte med pasientar² i arbeid i ein poliklinikk ved eit Distriktpsikiatrisk senter³ gjennom dei siste 5 åra. Det siste året har eg blitt kjent med ein ung mann som gjennom mange år har vore vitne til vald i nære relasjonar. Historia hans kan illustrere nokre av spørsmåla eg har vorte oppteken av.

Patryk⁴ er 18 år. Sidan han var 7 år, har han vore vitne til at far har mishandla mor. Historia han fortel handlar om redsle og bekymring for mor, å ha ei rolle som den som passa på, og heile tida måtte vere tilstades og på vakt, for at ikkje far skulle drepe mor. Patryk har klart seg fint på skulen, han har vore aktiv på fotballaget og hatt mange vener. Både mor og far har i mange år gått i psykiatrisk behandling, i tillegg til å motta tenester frå det kommunale hjelpeapparatet, også frå barnevernet. No kjenner han stadig på ukontrollerbar aggresjon, og vedvarande, plagsame tankar og minnebilder om alt han har opplevd. Etter ein episode der han slo til ein jamnaldring på byen, er han meldt til politiet for vald.

I denne historia er valden grov og omfattande, og den er synleg for mange. Behandlarar, sosioarbeidarar, politi og barnevern er alle i ein posisjon der dei ser familien, og har ulike verkemiddel til å sette inn tiltak. Eg kjenner ikkje Patryk eller foreldra hans frå den tida han var barn, men tilsvarande historier der eg møter igjen barna til dei eg kjenner frå praksis, gjer noko med meg, og eg spør meg i kor stor grad spesialisthelsetenesta tek ansvar for å forebygge vald? Og korleis gjer vi det?

Parallelt med at eg har arbeidd med denne oppgåva, har media sett søkjelys på saka om Christoffer på 8 år, som døde av alvorlege skadar etter mishandling frå stefaren.

¹Verksemd som er regulert av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernlov), av 2. juli 1999, nr 62. I lova skil ein no mellom psykisk helsevern i spesialisthelsetenesta og psykisk helsearbeid i kommunehelsetenesta. I oppgåva vil begrepet psykiatri bli brukt fordi det er godt innarbeidd i feltet og i felt ein samarbeider med.

² Eg vel å bruke ordet pasient om dei eg møter i terapirommet. Eg støttar meg til Hjort (2003), som til tross for faren ved objektivisering, argumenterer for at pasient i større grad enn t.d klient tek inn den lidinga og psykiske smerten som mange opplever.

³ Desentralisert spesialisthelseteneste

⁴ Patryk er eit fiktivt navn, og historia er anonymisert slik at den ikkje skal kunne kjennast att.

Reporter Kjetil Østlie i Aftenposten har i A- magasinet nr. 16/ 2009 ein artikkel som set lys på at det var mange som bekymra seg for Christoffer undervegs, men ingen greip inn. Johan P. Olsen stiller spørsmålet ”Hvem tar ansvaret?” i ein kronikk i same avis 24. april 2009. Denne saka stiller etter mitt syn spørsmål om rutinar for å avdekke vald i alle samanhengar der det offentlege møter einskildmennesket, men ikkje minst korleis samarbeidet mellom dei ulike instansane fungerer. For meg vert dette aktualisert gjennom meldeplikta vi som helsepersonell har til barnevernet (Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2.juli 1999, nr 64)

1.1 Vald – eit kompleks begrep

I oppgåva bruker eg begrepet vald i nære relasjonar. Det gjer eg for å streke under at eg ikkje er opptatt av bestemte relasjonar, som t.d. menn som er valdelege mot kvinner, men ynskjer å ha eit breiare perspektiv. Eg er likevel klar over at data frå valdsmålingar viser ei skeivfordeling, der det i hovudsak er kvinner som er utsette for valdelege menn (Haaland m.fl. 2005). Nyare forskning viser og at barn som vitne i langt større grad enn ein meinte før, har følger som skriv seg frå slike erfaringar. (Benum 2006). Utgangspunktet for meg er at valden vert utøvd av ein person som ein i utgangspunktet har tillit til, som medverkar til å redusere sjølvtilitt og oppleving av tryggleik. I tillegg har valden store konsekvensar for fysisk og psykisk helse, sosiale relasjonar utanom familien, for arbeid og økonomi.

I boka ”Meningen med volden” definerer Per Isdal vald i nære relasjonar slik:

”enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutte å gjøre noe den vil” (2000:36)

Denne definisjonen seier lite om sjølve valdshandlinga. Den seier meir om den funksjonen valden har, ved merkbart å innskrenke fridomen til den som er ramma. Eit fenomen som vald er sjeldan uavhengig av tid, stad og kultur, t.d. ser vi at valdsdiskursen har endra seg frå å handle om eit indre forhold i familien, til at det no vert definert som eit folkehelseproblem og eit offentleg problem. Kriminolog Kristin

Skjørten peikar nettopp på dette når ho seier at fenomenet vald i nære relasjonar må forståast utifrå to dimensjonar:

”voldens art og konsekvensene av volden slik dette utvikler seg over tid, satt inn i både en samfunnsmessig ramme og den rammen parrelasjonen innebærer. Utgangspunkt i bare en av dimensjonene vil gi et mangelfullt bilde av denne voldsformen” (Skjørten 2002:17).

Isdal (2000) deler vald i fem ulike valdsformer, fysisk-, seksuell-, psykisk-, materiell- og latent vald. Eg vil her gjere greie for fysisk og psykisk vald, då det er dei mest brukte valdsbegrepa (Hammerlin 2002).

Fysisk vald

Fysisk vald omhandler eit vidt spekter av valdelege handlingar frå å halde, dytte og riste til å utføre drapshandlingar (Isdal 2000). Fysisk vald er den formen for vald som er mest synleg, både for ein sjølv og andre. Den kan seiast å vere objektiv, då den er lettare å få auge på og identifisere, og i større grad målbar. Yngve Hammerlin er kritisk til at forklaringar på vald ofte har eit individuelt eller relasjonelt perspektiv. Han er opptatt av at kunnskap om makt og avmakt er naudsynt for å forstå dynamikken i valden (2002). Det gjer t.d. at vald har ein funksjon langt utover einskildhendingane, og medverkar til at det er vanskeleg å skilje klart mellom fysisk og psykisk vald. Frykta som er introdusert ved fysisk vald, verkar slik at offeret t.d. innordnar og tilpassar seg for å unngå nye valdshandlingar (ibid).

Psykisk vald

Hammerlin meiner begrepet er problematisk, då det er vanskeleg å skilje mellom psykiske middel for å utøve vald, og psykiske konsekvenser av fysisk vald. Han viser til begrepet *psykisk overgrep*, som ei målretta handling der den som bruker overgrepet, har som mål å nedverdige (Hammerlin 2002). Isdal skil mellom fleire undergrupper av psykisk vald: direkte trussel, indirekte trussel, degradering, audmjuking, kontroll, sjalusi, isolering og emosjonell vald (2000). Direkte trussel er ytringar om konsekvensar dersom offeret ikkje innordnar seg eller gjer det som vert forventa av seg. Indirekte trussel kan vere t.d. gester, kroppsspråk, tonefall som formidlar noko av det same. Degradering kan vere negative kommentarar eller nedsetjande ord eller uttrykk for å karakterisere vedkommande. Ekstra sterkt er dette

når andre er vitne til det. Audmjuking går og ut på å sette den andre i eit dårleg lys. Psykisk vald har direkte eller indirekte offeret sin psykiske tilstand, kjensler og kognitive funksjon som mål, og kan av den grunn vere meir usynleg og subjektiv (Hammerlin 2002).

Yngve Hammerlin har noko han kallar ein teoretisk arbeidsdefinisjon i boka: ”Menns vold mot kvinner” (2002), som etter mitt syn greier å fenne kompleksiteten av ulike valdshandlingar og konsekvensane av desse. Den tek og med at valdshandlingar har ulik betydning og vert tillagt ulik meining, noko som er viktig for å forstå den spesifikke valden ein står overfor. I fylgje materialet som eg analyserer seinare ser eg at dette er viktig og for å identifisere vald.

”Vold er en fysisk, psykisk og/ eller sosial virksomhet med en destruktiv bruk av metoder der målet med handlingen kan være å plage, skade, true og krenke en eller flere personer, men målet kan også være å passivisere, misbruke, utmanøvrere eller uskadeliggjøre en annen. Den som utøver volden, kan ha som mål å undertrykke offeret, nedvurdere eller svekke personens sosiale posisjon; målet kan være å påføre den enkelte ubehag eller smerte med sosiale, fysiske eller psykiske makt- og voldsmidler. Voldsbruken kan tilmed være et middel til å disiplinere eller tvinge et menneske til å utføre handlinger som strider imot personens vilje, moraloppfatning eller interesser” (ibid, s. 189)

1.2 Omfang av vald i nære relasjonar og offentlege føringar

I Norge, som i resten av verda, er vald i nære relasjonar eit omfattande og til dels skjult problem (Haaland m.fl. 2005). Først i dei siste 10 åra har vald i nære relasjonar vorte ein tydeleg del av den offentlege debatten, ved at skiftande regjeringar sidan tusenårsskiftet har hatt det på dagsorden. Fram til då var det krisesentra som fungerte som sosialpolitiske tiltak overfor valdsutsette kvinner og deira barn. Sidan 1978 har 51 krisesenter, spreidd rundt i landet, drive med støtte, veiledning, rådgjeving og samtalar, og i tillegg vore ein stad å flykte til (Skjørten 1999). Kvinnerørsla sin innsats på 70- talet bidrog til at kvinnemishandling fekk status som eit samfunnsproblem, og ikkje som tidlegare, eit privat forhold (Råkil 2002).

Psykiatrien interesserte seg etterkvart for vald i nære relasjonar, gjennom forskning som viste at menneske med valdsofferbakgrunn var overrepresentert mellom pasientar

med psykiske lidningar. Utover på 80- talet vart det stilt spørsmål ved om manglande avdekking av slike forhold hadde ført til feildiagnostisering og feilbehandling (Skjorten 1999). I fylgje psykiater Solveig Dahl viste undersøkingar av psykiatriske pasientgrupper at mellom 20- 70 % hadde vore utsett for alvorleg fysisk eller seksuell mishandling som barn (i fylgje Skjorten 1999)

Regjeringa Bondevik I la fram den fyrste handlingsplanen med nye tiltak for valdsutsette i 2000. Seinare har det kome to nye handlingsplanar, sist "Vendepunkt", handlingsplan for vald i nære relasjonar 2008- 2011, utgitt av Politi- og justisdepartementet i samarbeid med fem andre departement.

Planen inneheld 50 konkrete tiltak under fylgjande hovudinnsatsområder:

- *Ofre for vold i nære relasjonar skal sikres nødvendig hjelp og beskyttelse.*
- *Voldsspiralen skal brytes ved å styrke behandlingstilbudet til valdsutøvere.*
- *Ofre for vold i nære relasjonar skal gis et tilbud om tilrettelagte samtaler med valdsutøver (restorative justice).*
- *Samarbeidskompetansen og kunnskapen i hjelpeapparatet skal styrkes.*
- *Forskning og utviklingsarbeid skal iverksettes og videreføres.*
- *Vold i nære relasjonar skal gjerest mer synlig.*
- *Vold i nære relasjonar skal forebyggast gjennom holdningsendring.*

("Vendepunkt" 2007)

Utover auka medvit som auka merksemd fører med seg, er spesialisthelsetenesta i berøring med satsinga fyrst og fremst gjennom punkta som omhandlar behandlingstilbodet til valdsutøvarar, auka samarbeid og kunnskap i hjelpeapparatet og styrking av forskning og utvikling.

I tråd med målsetjingar i handlingsplanen har det i 2003, 2005 og 2008 vorte gjennomført "valdsmålingar", som er ei "pulsmåling" på hjelpeapparatet for å avdekkje om auka fokus fører til at fleire tek kontakt med hjelpeapparatet. Av resultatene der kan ein lese at det var ei auke i valdsregistrering frå 2003 til 2005, men ei utføling til 2008. Dette kan tolkast som at det ikkje er ei auke i omfanget av vald, men ein auke i tilliten til hjelpeapparatet. I tillegg kan ein tenkje at hjelpeapparatet er

betre til å spørje meir presist etter vald (NKVTS⁵ 2008). Eit av måla med denne forma for måling er å medverke til at hjelpeapparatet vert medviten på at saker av denne karakter ofte kan liggje under overflata av andre typer kontakter. *”Særlig er det viktig for hjelpeinstanser som ikke har vold som sitt primære fokus å bli oppmerksom på dette”* (ibid: 13)

Opplysingar frå ulike register og sjølvrapporteringsundersøkingar gir grunn til å tru at so mange som 20 000 norske kvinner kvart år vert utsette for vald eller trugsmål frå noverande eller tidlegare samlivspartnar som er so alvorlege at dei vert redde (NOU 2003 nr 31, Retten til et liv uten vold, om menns vold mot kvinner i nære relasjoner)

Den fyrste landsdekkjande undersøkinga frå Norsk institutt for by –og regionsforskning viser til at etter fylte 15 år har meir enn kvar fjerde kvinne og kvar femte mann opplevd at partner / ektefelle/ sambuar/ har brukt fysisk vald meir enn ein gong. I overkant av fem prosent av både kvinner og menn har opplevd dette i løpet av det siste året. Meir enn tre prosent av kvinnene opplevde vald eller andre former for fysisk makt under graviditet. Når mor var utsett for vald frå far, var barn vitne i to av fem tilfelle, når far var utsett for vald frå mor, var barn vitne i kvart fjerde tilfelle. I underkant av ti prosent av kvinnene og to prosent av mennene hadde etter fylte 15 år erfaring med alvorlege typar vald i parforhold, som ”ta kvelartak”, ”bruke våpen”, ”banke hovudet mot gjenstand, vegg eller golv”. Kvinner og menn utsette for valdsbruk, oppgir manglande likeverd og bruk av ikkje- valdelege kontrollstrategiar, som i større eller mindre grad minskar handlefridomen, som kjennneteikn på parfoldet. Risiko for psykologiske etterverknader og store fysiske skadar som fylgje av valdsbruk er meir enn dobbelt så høg i asymmetriske parforhold enn i meir likestilte forhold. Det kom og fram at dei som søker bistand, er dei som går ut av valdelige forhold, medan eit klart fleirtal av dei som blir i forholdet, unngår å snakke med nokon om det. Basert på desse tala reknar ein med at minst 100.000 barn i Norge veks opp med vald i familien, noko som viser at vald i nære relasjoner er eit stort samfunnsproblem (ibid).

⁵ NKVTS- Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress

Helsevesenet har blitt kritisert for å oversjå vald som årsak til sjukdom (NOU 2003 nr. 31). Det er lite forskning på helsevesenet si evne til å identifisere vald. Men i den same rapporten vert det vist til ei undersøking frå Hjemdal og Stefansen frå 2003, om kommunelegen sitt møte med valdsutsette. Her vert det peika på ulike grunnar for at legen ikkje i stor nok grad identifiserer vald som uttrykk for sjukdom eller skade. Både kvinnene og legane har barrierer mot å snakke om vald. I fylgje NOU 2003 nr. 31 viser undersøkingar at barrierer mot å avdekke og diskutere vald kan delast i tre kategoriar:

- Legene forstår ikke at kvinnene er utsatt for vold
- Legene tør ikke snakke om vold
- Legene ønsker ikke å snakke om vold

(NOU 2003 nr. 31 s. 125)

Det er ein pågåande debatt om helsepersonell rutinemessig bør stille spørsmål om vald og overgrep som mogeleg årsak til sjukdom eller plage.

”Det er i utgangspunktet helsevesenets opppgave å undersøke alle årsaksfaktorer som kan være medvirkende til den sykdom, plage eller problem som pasienten oppsøker helsevesenet for.” (NOU 2003 nr 31, 126)

Ved å tillegge vald mindre vekt enn andre årsaksforklaringar, betyr det at valdsutsette har mindre høve til å få tilfredsstillande behandling enn andre. Dersom vald er relevant for sjukdomsbiletet, kan kvinna oppleve seg misforstått og ikkje møtt på sine behov, noko som kan innebære ei re- traumatisering. Re- traumatisering kan også skje dersom valden vert identifisert, men der den ikkje vert vektlagt eller ivaretatt på ein god nok måte (Kirkengen 2009).

1.3 Problemstilling og mål

Vald i nære relasjonar som fenomen er ikkje eit tema for denne oppgåva. Det er heller ikkje situasjonen til dei som lever med vald og konsekvensane av vald i kvardagen. Men deira skildringar av røynda medverkar til å konstruere det offentlege sine

diskursar⁶ om vald i nære relasjonar. Desse diskursane er igjen konstituerande for kva slags praksis dei ulike delane av hjelpeapparatet møter offer og utøvar av vald med.

Mitt mål er for det fyrste å gjere synleg kva for diskursar som dannar kontekst for ytringar og praksisar hjå terapeutar i psykiatrien, i møte med vald i nære relasjonar. For det andre håper eg å få større medvit om korleis kulturen formar og påverkar språkbruk og definisjonsmakt. I tillegg ynskjer eg å peike på eit systemansvar som går på å ta ansvar for dei som er utsette for overgrep i samfunnet, ved å vere aktive deltakar i eit samarbeidande offentleg nettverk, og medverke til at nettverket har minst mogelege ”sprekkar” eller ”stolar” å ramle mellom.

Ved å gjere dette synleg, håpar eg å medverke til refleksjon og diskusjon av, om vald i nære relasjonar har nok merksemd i psykiatrien, og kva slags praksis som eventuelt kan ivareta dette. Dette er altså eit innlegg til fagleg diskusjon som eg håpar kan komme feltet og terapeutane i feltet til gode. Og til sjuande og sist pasientane vi er til for. Det eg er opptatt av, er kva diskursar som er i arbeid når terapeutar skal forstå uttrykk for psykisk lidning, og kva konsekvensar desse diskursane får for om vald i nære relasjonar vert utforska. Problemstillinga er utforma slik:

- Kva diskursar tek terapeutar i bruk for å forstå kompleksiteten til pasientane sine psykiske vanskar.
- Kva betydning får diskursane som blir brukt for gyldiggjering av pasienten sine erfaringar med vald i nære relasjonar?

Denne problemstillinga kan sjå omfattande ut. Men å utforske kva perspektiver terapeutar har på psykisk helse, i spennet mellom individuelt og relasjonelt fokus, kan etter mitt syn vere viktig for å fange opp nettopp vald i nære relasjonar. I tråd med Foucault sitt syn på diskursar er eg opptatt av det historiske og kulturelle perspektivet. Eg er nysjerrig på om auka fokus på vald i nære relasjonar gjennom forskning, større

⁶ Michel Foucault referer til diskursbegrepet slik: ”the general domain of all statements, sometimes as an individualizable group of statements, and sometimes as an regulated practice that accounts for all statements” (Foucault 1972:80). Ein måte å forstå dette på er at diskurs er ei form for regulert praksis, som byggjer på uskrevne reglar og strukturer, og som produserer spesifikke ytringar og utsegn

politisk engasjement og auka mediefokus har hatt betydning for terapeutar si merksemd på dette fenomenet i møte med pasientane sine psykiske vanskar.

1.4 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva er delt inn i 5 kapittel. I dette fyrste innleiingskapittelet har eg presentert tema og bakgrunnen for mitt engasjement. Eg har valt å bruke plass til å presentere det vi veit om omfanget av vald i nære relasjonar i Noreg, og den plass temaet har i samfunnsdebatten. Dette har eg gjort for å vise at terapifeltet er historisk og kulturelt knytt til samfunnet elles, gjennom felles normer og verdiar. Vidare er problemstillinga belyst. I kapittel 2, som er teori og empirikapittelet, gjer eg greie for litteratur som viser til viktige trekk i psykiatrifeltet. Det kan bidra til å kaste lys over kva vi er opptatt av i møte med pasienten, i tillegg til empiri med bakgrunn i forskning på psykisk helse og traumer. Eg prøver og å gi eit bilete av korleis strukturar i samfunnet kan bidra til at vald i nære relasjonar ikkje er synlege. To hovuddiskursar ser ut til å prege mitt utval av litteratur i høve til vald i nære relasjonar, den eine er diskursen om avvik eller sjukdom, forstått som ein ”feil” i pasienten, og det andre er traumeperspektivet, som forstår symptom som forsøk på å overleve ulike påkjenningar. I kapittel 3 gjer eg greie for sosialkonstruksjonistiske og poststrukturalistiske perspektiv i tillegg til diskursanalyse som metode, og gjennomføringa av sjølve undersøkinga. Fordi temaet mitt ikkje primært er vald, men identifisering av vald, vil eg i kapittel 4 drøfte teori og empiri på bakgrunn av to dominerande diskursar som var tilstades i materialet. Ekspertdiskursen, som står for normativ kunnskap, adressering av ansvar for vald og synleggjering av makt, men og ein posisjon som kan objektivisere pasienten og oversjå vesentleg erfaring. ”Ikkje-vite”- diskursen er samskapande, og opptatt av tillitt til alle historier som vert fortalt, men kan og tilsløre makt og låse fast øydeleggjende relasjonar. I kapittel 5 avsluttar eg med å oppsummere funna og reflektere over på kva måte dette kan ha betydning for praksis.

2.0 Metode

2.1 Vitskapsteoretisk refleksjon

Oppgåva byggjer på ei kvalitativ intervjuundersøking med utspring i eit postmodernistisk og eit sosialkonstruksjonistisk⁷ perspektiv. Filosofen Kenneth Gergen ga opphav til sosialkonstruksjonismen som er opptatt av å forstå korleis menneske konstruerer si sosiale røynd (Hårtveit og Jensen 1999). Sosiale fenomen er ikkje statiske hendingar som kan målast, men må forståast i lys av spesifikke sosiale og historiske rammer. Vitskapsteoretisk har sosialkonstruksjonismen slektenskap med idealismen fordi den hevder at røynda får mening gjennom dei begrep, kategoriar og tolkingar som menneske konstruerer (Norvoll 2002a).

Forsking basert på positivistiske eller modernistiske tradisjonar søker objektive fakta, som er generelle og allmenngyldige. Ein finn dei t.d. innanfor naturvitskapane. Det vil seie at røynda kan avdekkast og skildrast av ulike menneske, til ulike tider og innanfor ulike kontekstar. Vitskap vert forstått akkumulativ, den byggjer på tidlegare kunnskap, og går mot stadig større forståing av sanning, og stadig større medvitsnivå.

I moderne forståing av vitskap er ein opptatt av epistemologi eller studien av korleis vi veit det vi veit. I det postmoderne er ein meir opptatt av det sosiale aspektet ved vitskapen, altså studie av kva status ulike kunnskap og ulike måtar å produsere kunnskap har i ulike sosiale samanhengar (Oddli/ Kjøs 1998).

Sosialkonstruksjonismen har i seg ideologiske element som kan vere problematiske i saker som t.d. berører vald. Utfordringa i høve til vald har vore mellom anna mangel på gyldiggjering av begrep som makt, kontroll og styring, som rommer ulike fordelingar av verknad og ansvar i familien (Vatnar 2000). Om makt og kunnskap seier Foucault:

⁷ Sosialkonstruksjonisme og konstruktivisme har mange likskapar, og vert i litteraturen av og til brukt om kvarandre. Begge perspektiva peikar på at røynda ikkje kan erkjennast på ein "sann" måte, den vert konstruert. I konstruktivismen vert det individuelle og subjektive ved konstruksjonane vektlagt, mens det sosialkonstruksjonistiske perspektivet legg vekt på at vi forstår røynda og skapar mening gjennom samhandling, språklig og kulturelt (Lundby 1998)

”Makt er ikke et ”noe” en person innehar og bruker overfor andre, men et aspekt ved en relasjon, noe som utøves snarere enn eies (i følge Oddli/ Kjøs 1998 s 87).

Når eg intervjuer terapeutar om deira erfaringar med vald i nære relasjonar, vert det i intervjusituasjonen konstruert kontekstbunden kunnskap. Ny kunnskap vert skapt i interaksjonen mellom deltakarane i undersøkinga og meg som forskar. Inn i samtalen har både eg og deltakarane med forforståing⁸ som vil prege intervjusituasjonen og den felles forståinga som vert skapt der og då. Denne kunnskapen er kontekstbunden, det vil seie at den ikkje er allmenngyldig og representativ for korleis terapistanden i psykiatrien møter vald i nære relasjonar i terapirommet. Men dei terapeutane eg intervjuer, er representantar for terapeutar i psykiatrisk praksis, slik at kunnskapen som vert konstruert i intervjuet kan vere gyldig utover den konkrete situasjonen (Thagaard 2002). Mitt håp er at den kontinuerlege interaksjonen som har vore mellom deltakarane, transkribert tekst, litteratur, oppgåvetekst og meg kan inspirere til at det kan skje ein tilsvarande interaksjon mellom teksten i oppgåva og lesaren.

Om objektiv og verdinøytral forskning seier den norske filosofen Hans Skjervheim at det er umogeleg å møte røynda som tilskodar, ein er alltid deltakar og prega av den røyndomen ein ynskjer å undersøkje.(1996: 71-87)

Diskursanalyse er ei av mange tilnærmingar innanfor sosialkonstruksjonismen, og diskursanalyse er ein eigna metode når ein er opptatt av å identifisere diskursive praksisar i møte med vald i nære relasjonar. Forskarane Marianne Winter Jørgensen og Louise Philips (1999) er opptatt av at forskningsmetode må sjåast i samanheng med overordna teoretiske premissar. Diskursanalyse inneheld ei ”pakkeløysing”. Den gir tilgang til filosofiske (ontologisk og epitemoloigiske) premissar når det gjeld språket si rolle i den sosiale konstruksjonen av verda. Den inneheld teoretiske modellar, metodologiske retningslinjer for korleis ein grip an eit forskingsarbeid, og til slutt spesifikke teknikkar for språkanalyse (Jørgensen/ Philips 1999).

”Begrepet diskurs kan knyttes til regler og normer for hvordan personer innn en kulturell sammenheng snakker om bestemte fenomener. Slike ”regler” utgjør samtals metakommunikasjon” (Thagaard, 2002:111).

⁸ Eg bruker forforståing slik Tom Andersen bruker det (2006), det vil seie den oppfatning , basert på tidlegare kjennskap og erfaring vi har om eit fenomen, før vi møter fenomenet igjen, t.d. i samtale eller ved lesing av tekst

Ho seier vidare:

”Diskursananalyse kan defineres som studiet av de premissene eller reglene som styrer hvordan personene uttrykker seg om de temaene samtalen dreier seg om.” (Thagaard 2002:111).

Vår måte å sjå verda på endrar seg i takt med ny kunnskap, som igjen fører til at vi endrar vår måte å beskrive verda på. Menneske både påverkar og vert påverka i sosiale relasjonar slik at vår måte å forstå verda på også er medskapande til ny forståing og nytt bilete av røynda. (Jørgensen, Philip 2006). Det vil alltid foregå sosiale kampar om definisjon av samfunn og identitet. Det er desse kampane eg ynskjer å identifisere gjennom å utforske kva premissar eller språklege praksisar som ligg i kulturen, og som vert styrande for praksis i høve til temaet vald i nære relasjonar

2.2 Filosofiske premissar i diskursanalyse

Diskursanalyse er ei av mange sosialkonstruksjonistiske tilnærmingar, og det er vanskelig å gi ein enkel karakteristikk som favnar alle. Men Vivien Burr peikar på 4 fellestrekk som medverkar til å binde feltet saman (Jørgensen/ Philips 1999).

Sosialkonstruksjonismen er kritisk til sjølvstøtt kunnskap. Vår kunnskap om verda er ikkje spegelbilete av røynda, men eit produkt av vår måte å kategorisere eller konstruere våre erfaringar på. For det andre må kunnskap sjåast i lys av kulturell og historisk kontekst. Den sosiale verda vert konstruert sosialt og diskursivt. Det betyr at den sosiale verda er konstruert gjennom menneske sin praksis, ikkje determinert av ytre forhold og ikkje ”gitt på førehand”. For det tredje er det samanheng mellom kunnskap og sosiale prosessar. Det er gjennom sosiale prosessar vi konstruerer og held ved like ”sanningar”, og der ”kampar” om kva som er ”sant” og ikkje- sant” går. Til sist er det samanheng mellom kunnskap og sosiale handlingar. Ulike måtar å sjå og vere i verda på, får konkrete sosiale konsekvensar.

2.3 Diskursanalyse som teori

I tillegg til generelle sosialkonstruksjonistiske premisser lener diskursanalysen seg og på strukturalisme og poststrukturalisme når det gjeld t.d. oppfatning av språk og subjekt (Jørgensen/ Philips 1999). Strukturalismen er opptatt av at vår tilgang til røynda går gjennom språket. Språket er strukturert i mønster eller diskursar.

Poststrukturalisme er ei vidareføring av dette, men der det sosiale og kontekstuelle er vektlagt. Det er fleire måtar å forstå og oppleve røynda på, avhengig av kva for ein diskurs ein snakkar om. Å studere korleis diskursane vert vedlikeheldne og forandra må foregå i den konkrete konteksten språket "vert sett i arbeid".

Den franske filosofen Michel Foucault var sentral innan strukturalismen og vert rekna som opphavsmannen til diskursanalen. Foucault var opptatt av at diskursar set rammer for kva som kan seiast, gjerast og erfarast av kven, når og kor. I boka "The archeology of knowledge" viser han til diskurs som

"all sets of statements, sometimes as an individuablizade group of statements, and sometimes as an regulated practice that account for a number of statements" (Foucault 1972:80).

Diskurs er ei form for regulert praksis, som byggjer på uskrivne reglar og struktur, og som produserer spesifikke ytringar og utsegn. Slik eg forstår dette, kan objektet for det ein undersøker vere både ytringar gjennom tekst og tale og gjennom praksis.

Carla Willig skriv: "*Foucauldian discours analysis is concerned with language and its role in the constitution of social and psychological life*" (Willig 2009:112). Ho viser til I. Parker sin definisjon av diskurs: "*sets of statements that construct objects and an array of subject positions*" (i fylgje Willig 2008:112). Diskursanalyse gir høve til å

utforske tilgjengelege subjektposisjoner, og har betydning for korleis ein forstår seg sjølv og si subjektive erfaring. Dette inneber og at diskursar har med maktforhold å gjere. Foucault snakker om både positiv (produktiv) og negativ(begrensande) makt. Makt og motmakt opptre i relasjonar og i kontekst, og ei studie av dette rettar seg mot det som kan kallast ein diskursiv kamp, der ein granskar korleis ulike måtar å "sjå-verda" og "vere-i-verda" kjempar for å oppnå dominans på feltet (Willig 2009). Dominerande diskursar vel dei versjonane av røynda som legitimerer dei eksisterande maktkonsentrasjonane og strukturane. Mykje av dette blir til "tatt- for-gitt-heter", eller ei felles forståing av kva som er sunn fornuft, noko som er vanskeleg å utfordre.

2.4 Utval

I undersøkinga har eg intervjuar 6 terapeutar ved 2 distriktpsykiatriske senter i austlandsområdet. 3 av terapeutane er frå ein allmennpsykiatrisk poliklinikk og 3 terapeutar frå ein allmenpsykiatrisk open⁹ døgnpost. Alle arbeider i hovudsak med individualterapi.

Kvalitative studiar baserer seg på eit strategisk utval, det vil seie at deltakarane skal ha kvalifikasjonar eller eigenskapar som er strategiske i høve til problemstillinga. (Thagaard 2003). I denne undersøkinga vil det seie at deltakarane må vere behandlarar i psykiatrisk spesialisthelseteneste, som vil kunne gi rike skildringar frå sin praksis (Kvåle 2001). Eg var usikker på om terapeutar som fekk kjennskap til undersøkinga forventa at eg var ute etter dei som spesifikt arbeidde med valdsaker, og var difor nøye med å understreke i informasjonsskrivet¹⁰ at eg var ute etter *”mangfaldet av terapeutar som i allmennpsykiatri er forventa å romme det meste av problemstillingar”*.

Før eg sende ut spørsmål om deltaking, spurde eg ein kollega om ho var interessert i å gjennomføre eit pilotintervju med meg. Intensjonen var å få erfaring med intervjusituasjonen, kunne gjere ei meir kvalifisert vurdering av nærleik og distanse til deltakarane og ”teste ut” intervjuguiden. Under dette intervjuet gjorde eg meg ei nyttig erfaring i høve til ”å forske i eigen bakgård”, noko eg vil gå nærare inn på når eg omtalar intervjuar. På bakgrunn av dette gjekk eg vekk ifrå ideen om å intervjuar eigne kollegaer. For å rekruttere valde eg å vende meg til leiaren for to ulike institusjonar, og fekk hjelp av dei til å informere om undersøkinga i sine behandlargrupper. På denne måten var det mellom 60 og 70 terapeutar som fekk kjennskap til undersøkinga. Dette vert i litteraturen kalt ”snøballmetoden” (Thagaard 2003). Det er basert på at eg kontakter personer som har dei eigenskapane eg er ute etter, for so å invitere dei til å rekruttere andre i sitt nettverk.

Eg vende meg fyrst til to forskjellige poliklinikkar, den eine ein liten poliklinikk i distriktet, og den andre ein større bynær poliklinikk. Det gjorde eg for å få eit større

⁹ Open i denne samanheng vil seie at pasientane er under frivillig behandling

¹⁰ ligg ved oppgåva

mangfald frå praksis, større variasjon i høve til kultur og teoretisk forankring og eventuelle kulturelle forskjellar i høve til å ta opp i seg det som skjer i fagfeltet, eller i tilstøytande fagfelt. Begge stader brukte eg leiar for avdelinga som ein ”dørøpnar” (Kvale 2001). Eg opplevde å ikkje få respons ifrå den eine poliklinikken. Noko av forklaringa kan vere at dei to leiarane la ulikt engasjement i å rekruttere, men og at eg ikkje klarte å formidle godt nok potensiale for prosjektet. Eg fekk tips om å bruke døgnposten innanfor same distriktpsikiatriske senter, då det kanskje var lettare å prioritere tid til å vere med på intervju for dei. Der opplevde eg rask og positiv respons. Utvalet var på 6 kvinner, med bakgrunn som sosionom med spesialutdanning i psykisk helsearbeid, psykiater, spesialpsykolog og psykolog. Dei hadde mellom 1 og 15 års erfaring frå psykiatri. For å få fram mangfaldet i diskursive praksisar, tenkte eg det var ein føremon å intervju terapeutar som hadde arbeidd lenge i feltet, men på den andre sida kan eit utval med spreiding i alder og livserfaring ta inn variasjon på andre måtar

Intervjua vart gjennomførte i oktober og november 2009. Dei fire fyrste i løpet av to dagar og dei to neste ein månad seinare. Kvart intervju varte i overkant av 60 minutt. På grunn av lang reiseveg vart det naturleg å forsøkje å gjere fleire intervju på same dag. Dette hadde avgrensingar i seg. Eg hadde lite tid til å reflektere over samtalen, eg fekk ikkje transkribert imellom intervjua, og eg var mindre i stand til å ta med meg reflekterte erfaringar frå tidlegare intervju. Det opplevde eg var ei styrke før dei to siste intervjua.

2.5 Min tilgang til terapeutane sine diskursar

Når eg er ute etter kva praksis som kjem til uttrykk i høve til terapeutar sitt arbeid med vald i nære relasjonar, er det ikkje deltakarane sine personlege meiningar om dette, men kva språket seier om kulturen som terapeuten er ein del av, som er det viktige. Det er altså ikkje den som seier noko som er studieobjektet, men utsegna i seg sjølv. Diskursananalyse legg vekt på at vi ikkje uttalar oss fritt og bevisst i høve til korleis vi ”ser- verda” og ”er i verda”, men at det innan ein gitt diskurs vert gitt spesifikke rammer for kva som er mogeleg. Analyse av diskursive praksisar er opptatt av korleis tekstforfattar (deltakar) trekkjer på alt eksisterande diskursar og genrar for å skape ein tekst, og korleis tekstmottakar (eg) også nyttar seg av eksisterande diskursar og

genrar i dialogen og fortolkninga av teksten. Det betyr at eg og deltakaren er påverka av både profesjonell og privat bakgrunn, men og politiske, sosiale og kulturelle verdiar gjennom t.d. politiske handlingsplanar og mediefokus.

2.5.1 Analyse

Datagrunnlaget i undersøkinga er transkriberte intervjuetekstar. Eg transkriberte materialet sjølv. Å identifisere diskursar inneber å forhalde seg til som det vert ytra, både eksplisitt og implisitt. Det er både det som vert sagt og det som ikkje vert sagt, det tatt- for- gitte, som byggjer opp under diskursane. Frå opptak til transkribert tekst vil ein miste noko på vegen, då nettopp det implisitte, gjennom t.d. tonefall, pausar og affekter, ikkje so lett let seg omsetje til tekst. Derfor er god kjennskap til teksten gjennom fleire lyttingar viktig. Eg erfarte at teksten er syklisk, som ifylgje Thagaard (2003) er karakteristisk for kvalitativ analyse. Eg oppdaga nye sider ved teksten kvar gong eg lytta og las. Tolking og analyse kan ikkje skiljast frå kvarandre, fordi arbeid med å få oversikt over datamaterialet inneber at forskaren tenkjer over dataane si betydning, og utviklar perspektiv på korleis dei kan forståast. (ibid). Når eg var ferdig å transkribere, las eg gjennom teksten i sin heilskap og noterte meg nokre hovudinstrykk. Før eg meir systematisk arbeidde meg gjennom teksten inspirert av diskursanalysen til Foucault, slik den vert presentert i Carla Willig si bok: "Introducing Qualitative research in psychology" (2008).

I fylgje Thagaard (2003) er diskursanalyse opptatt av å identifisere dei kulturelt definerte samtalemønstra som styrer korleis personar uttrykkjer seg. I lys av denne forståinga er utgangspunktet mitt at deltakarane si kulturbundne måte å uttrykke seg på har konsekvensar for kva dei gjer i praksis i møte med pasientane.

Utgangspunktet for analysen er problemstillinga:

1. Kva diskursar tek terapeutar i bruk for å forstå kompleksiteten til pasientane sine psykiske vanskar.
2. Kva betydning får diskursane som blir brukt for gyldiggjering av pasienten sine erfaringar med vald i nære relasjonar?

Eg ser i ettertid at det fyrste spørsmålet kunne vore formulert meir presist. Det eg var ute etter var korleis terapeutane ”arbeidde fram” kunnskap om pasienten sine psykiske vanskar, og kva dei såg som relevant kunnskap. Implisitt om vald hadde ein plass i deira tenkning. Dei diskursive objekta i problemstillinga vart difor undersøking av pasientens psykiske helse og valdserfaring. I intervjuet er eg opptatt av både ytringar og praksis.

Eg starta med å sjå på korleis dei diskursive objekta var konstruerte i språket. Det vil seie at eg leita etter alt som eksplisitt og implisitt sa noko om objektet. T.d. tok deltakarane i bruk begrep som ”slåssing” og ”støy” når dei snakka om objektet valdserfaring. Tilgang til kunnskap om pasienten si psykiske helse kan konstruerast som noko ein har best tilgang på gjennom strukturerte intervju, eller gjennom reflekterande prosesser der pasienten vert invitert til å vere førande i dialogen.

I neste omgang var eg opptatt av å identifisere diskursar, alternative diskursar og motdiskursar som konstruerte objekta. Eg såg då etter ulikskapar i dei diskursive konstruksjonane for å finne ut korleis det viste seg i mitt materiale. Kva for hovuddiskurs lenar ei konkret ytring seg på? Eit eksempel kan vere at terapeutane tek i bruk kunnskap frå ein psykologisk diskurs for å forstå valdserfaring, medan valdsadferd lener seg på ein biologisk diskurs, som at kjønn har betydning. I det ligg det at språk ikkje er kongruent, men motsetningsfylt og variert.

So såg eg på kva konsekvensar diskursen/ –ane har, som er ei nærare undersøking av den diskursive konteksten. Eg spør då etter kva konstruksjonane oppnår? Kva er det å hente på å konstruere vald på akkurat denne måten akkurat der i teksten? Kan det vere slik at når vi les i teksten at *”vold i samboerrelasjonen var mer symptom på et selvbildeproblem....”* er det diskursen om den *”usjølvtendige kvinna med bestemte eigenskapar”* som vert dominerande, og at den juridiske diskursen om at *”vold er ulovlig”* vert sett i skuggen? Ein annan stad i teksten kan ein lese at *”..hun var veldig med på min tankegang i timene, men gjorde ikke det hjemme”*. Her er inntrykket at kvinna vert konstruert som mottakar av hjelp, og ikkje deltakar i ein samskapande prosess mot konstruksjon av løysing.

I neste omgang såg eg på kva subjektposisjonar diskursane som vart identifiserte gav. Subjektposisjonar handlar om å identifisere kva rettar og plikter som vert bydd innanfor den einskilde diskursive praksis. Subjektivitet er den sosiale kategorien av personlighet, korleis personene vert kjent og forstått av andre (Lundby 1998). T.d pasienten, den gode mor, den fråverande far er subjektivitet som beskriv og konstruerer eit menneske sin personlegdom (ibid). Når det gjeld eksempelet over, spør eg om terapeuten posisjonerer seg som ekspert på kva som er nyttig for å stoppe valden? Eller posisjonerer ho seg som utforskande og samskapande, slik at det vert opp til pasienten sjølv å velje vekk valden?

Neste skritt er å sjå på forholdet mellom diskurs og praksis, då tek eg for meg det andre spørsmålet i problemstillinga mi. Kva for muligheter og begrensingar for handling gir dei ulike diskursane og posisjonane. Kan det tenkjast at terapeuten som konstruerer at kvinna er medverkande til at valden vert halden ved like, ikkje vil vurdere relasjonen til valdsutøvar som eit fokus for terapi?

Tilslutt i denne måten å analysere diskursar på, undersøkte eg forholdet mellom diskurs og subjektivitet. Diskursar gir muligheter for visse måter å vere i verda og gjere i verda. Etter fyrst å ha stilt spørsmål ved kva som kan seiast og gjerast innanfor diskursane, er ein no opptatt av kva som kan tenkjast, kjennast og erfarast innanfor dei ulike subjektposisjonane. Når det gjeld eksempelet over, kan ein tenkje at terapeuten ved å hjelpe kvinna til sterkare sjølvhevdning, tenkjer at ho gjer det som er hensiktsmessig for å stoppe valden.

2.5.2 Intervju som metode

Eg ser for meg ein kvalitativ studie, der eg intervjuar terapeutar om det å møte pasientar som har erfaringar med vald. Eg er ikkje ute etter terapeutar som arbeider spesifikt med valdsaker, men terapeutar i 2. line teneste på eit Distriktpspsykiatrisk senter. Dette fordi eg er ute etter erfaringar der valden ikkje er den primære årsaka til at folk søker hjelp eller blir henvist til hjelp, men der det kan vere ein av mange variablar som påverkar folk si psykiske helse.

Steinar Kvale seier i innleiinga til boka si: "Det kvalitative forskningsintervju" at det kvalitative forskningsintervjuet er ein produksjonsstad for kunnskap. Ei utveksling av synspunkt mellom to personar som samtalar om eit tema som opptek dei begge. Han nyttar "reisemetaforen" for å illustrere at det skjer noko med forskeren i dette perspektivet. Han får ikkje berre ny kunnskap, men ny innsikt og nye refleksjonar som kan føre til endring av intervjuar. På same måten kan det og skje endringar med den som vert intervjuet. Reisemetaforen byggjer opp under det sosialkonstruksjonistiske idealet. "*En postmoderne tilnærming vil understreke kunnskapens konstruktive natur, skapt gjennom interaksjon mellom deltakere i en samtale.*" (Kvale 1997:26). Gjennom dialog med deltakarane i intervjusituasjonen, og under analysearbeidet etterpå, vert refleksjonar, nye tankar og erkjenningar skapt, nokre vert forkasta, medan andre kan vekse fram til ny kunnskap.

Både Kvale og Langdridge stiller spørsmål ved intervjuet som eigna til å utføre diskursanalyse.

"Hvis problemstillingen berører underforståtte meninger og stilltiende oppfatninger, som en gruppe eller kulturs stilltiende antakelser, vil deltakende observasjon og feltstudier av disse menneskenes faktiske adferd, kombinert med uformelle intervjuer, være den metoden som gir mest holdbare resultater" (Kvale 1997:60).

Langdridge uttrykkjer det slik:

"Særlig intervjuer begrenser deltagerne på mange forskjellige måter, og kan føre til at de svarer mer konsistent. Konsistens er jo vanligvis noe man etterstreber, men i diskursanalyse er man særlig interessert i variasjon og å utforske alle de forskjellige måtene folk bruker språk på." (Langdridge 2006:318)

Slik eg forstår det, er det begrunna i at dei fleste under eit intervju vil vere opptatt av å framstå "korrekt" ved å gi uttrykk for dei "rette" meiningane. Det kan vere vanskeleg å få fram diskrepans mellom det terapeutar ynskjer å framstå som, og det dei faktisk gjer i praksis. Eg håper at eg gjennom å be om eksempel frå praksis til ein viss grad kan motverke dette. Eit alternativ for meg kunne vere å gå inn i eit utval journalar for å belyse kva diskursar som kjem fram i teksten. Eg vel likevel å bruke intervju då eg opplever at i eg større grad kan utforske informantane sine historier ved å be om

utdjuping, og sjekke at eg har forstått stoffet slik informanten meiner det. Eg meiner eg slik også ivaretek ei etisk side, med å ikkje søkje etter informasjon som ligg utanfor deira intensjonar. Eg skal og intervju kollegaer¹¹, og eg ynskjer ikkje å verte oppfatta som om eg har ei ”ovafrå- og ned”- haldning til deira arbeid. Ein samtale eller eit intervju kan lettare verte oppfatta som utveksling av erfaringar mellom ”likemenn”. I høve til dette temaet er eg sjølv som terapeut også ”på reise”, då eg erkjenner at eg ikkje sit med svaret på korleis dette best kan ivaretakast.

2.5.3 Intervjuprosessen

Å forske i eige felt opplevde eg både utfordrande og givande. Utfordrande fordi det var lett for meg å forstå for fort det deltakarne snakka om, utan å utforske meining og betydning tilstrekkeleg. Givande fordi å studere innanfrå har i seg at eg studerer noko eg er ein del av sjølv, og gjennom det meg sjølv, noko eg meiner har verdi for min kliniske praksis. Gjennom pilotintervjuet, der eg intervjuar min eigen kollega, såg eg at eg trengte meir avstand til den eg intervjuar, slik at ikkje eigen forforståing skulle ta for stor plass. I samtalen med ho opplevde eg å ”miste” litt av nysjerrigheita og evna mi til å utforske det som vart sagt. Eg vurderte då at eg lettare kunne ta ein metaposisjon til det eg forska på, viss eg ikkje hadde so nære band til deltakarane. Jørgensen/ Philips peikar på antropologen sitt utviklingspunkt som nyttig når ein skal forske på eigen praksis (1999). Å sette parantes om seg sjølv og sin eigen kunnskap, å distansere seg fra materialet er viktig, då ein gjerne deler fleire av dei same ”tatt- for- gitt-hetene”.

Før pilotintervjuet hadde eg utarbeidd ein intervjuguide¹², som eg gjekk igjennom med veileidar etter erfaringane eg gjorde meg der. Den vart noko justert, fyrst og fremst med hensyn til å spørje meir spesifikt etter konkrete ”saker”, for å få fram praksis tydelegare. Intervjuar er semistrukturerte¹³ intervju med 3 terapeuter frå kvar institusjon. I fylgje Thagaard (Thagaard 2003) skal storleiken på utvalet vurderast i høve til eit metningspunkt. Eg forstår ved det at materialet er stort nok når det ved

¹¹ Med kollegaer meiner eg her terapeutar tilsett i same type verksemd som meg sjølv

¹² ligg ved oppgåva

¹³ Semistrukturerte intervju tek sikte på å sette lys på førehandsdefinerte tema, men er opne i formen med tanke på korleis spørsmåla vert stilt og grad av oppfølging/ utdjuping (Kvale 1997)

aukande deltakartal ikkje kjem særleg ny informasjon til materialet. Ved ei diskursanalyse er språkbruken objektet for analysen, og då kan ifylgje Jørgensen/ Phillips få intervju gi mykje informasjon.

”Grunden er , at man er interessert I sprogbrug frem for individet selv, og retoriske mønstre kan skabes og bibeholdes af få mennesker” (Jørgensen/ Philips 1999:127).

Rammene for ei Mastergradsoppgåve har og i seg avgrensingar på omfang, og eg må kunne stå inne for at eg tek vare på ein grundig analyse av det materialet eg har.

På grunn av tidspress og lang reiseveg til dei eg skulle intervju, valde eg å gjere fleire intervju på kort tid. Det gjorde at eg mista noko av høve til å justere meg undervegs. Eg skulle ha ynskt at eg tidlegare hadde sett i kor stor grad eg vart lite nøytral i samtalen, og sannsynlegvis påverka deltakarane til å leite fram dei svara som dei trudde eg var ute etter. Eg strevde med å vere open nok, og ikkje ”late att” samtalen før svara var meir utforska. Dette såg eg som ei begrensing under transkripsjon og ananalysearbeidet. Eg vart nysjerrig på mange ting som eg gjerne skulle utforska vidare i intervjuet. Dette var kunnskap eg kunne ta med meg inn i dei siste intervju, og som eg hadde nytte av.

2.6 Forskingsetisk refleksjon

Innanfor eit sosialkonstruksjonistisk perspektiv vil kvalitativ forskning innebere ei forståing av ”resultatet” eller ”funna” som noko som er skapt av forskaren i samhandling med deltakakarane. Dette representerer eit etisk dilemma, då denne gjensidige innverknaden på konstruksjonsprosessen kun vil gjelde i intervjusituasjonen. Seinare når transkripsjonen skal tolkast er det andre interaksjonar som er aktive. Undervegs har eg på ulike måtar forsøkt å ivareta dette dilemmaet.

”En intervjuundersøkelse er et moralsk foretakende: den personlige interaksjonen som skjer i intervjusituasjonen påvirker den intervjuede, og kunnskapen som produseres i intervjuet påvirker vårt syn på menneskets situasjon.” (Kvala 1997:65)

I intervjusituasjonen prøvde eg å leggje meg tett opp til det deltakarane sa for å sjekke om eg forstod det dei ville formidle. Mi forståing er etterpå drøfta med vegleiar. Eg har seinare i analyseprosessen tolka deira utsegn, eller identifisert diskursane med bakgrunn i mi forforståing. Mi forforståing er eit samspel mellom tidlegare erfaring med temaet, både personleg og profesjonelt, diskusjon med vegleiar og andre kollegaer, den litteraturen eg har valt å diskutere diskursane i høve til, og ikkje minst den forståinga eg har fått gjennom intervjuet. Thagaard peikar på at *"I en viss forstand konstruerer forskeren data"* (2003 s. 28), og viser til at forskaren si forståing og måte å sjå omgjevnaden på, har betydning for korleis ytringar som vert studerte, vert til forskingsdata. Det har med seg at eg som forskarstudent ikkje er nøytral, men deltakar i ein prosess, og har betydning for kva i materialet som vert vektlagt og kva som vert plassert i skuggen. Å forsøke å gi merksemd til, og beskrive dei vala eg har gjort i prosessen kan medverke til at mi rolle vert meir synleg slik at "funna" kan sjåast i lys av dette. Det gir høve for lesaren til å gå i dialog med teksten på eigne premisser, og sjå og oppdage andre ting. Om refleksivitet skriv Langdridge: *"-god forskning oppstår når vi anerkjenner refleksivitet, det vil si forskerens rolle i forskningsprosessen."* (Langdridge 2006: 251)

I intervjuet vert det snakka fram mange diskursar som ikkje umiddelbart kan sjåast av deltakarane i intervjuet. Det er fyrst under tolkingsprosessen at fleire enn dei openberre diskursane kan identifiserast. Det er eit dilemma mellom å vere tru mot det deltakarane formidlar, å ta hensyn til råmaterialet, og intensjonen ved utforskande forskning der eg leiter etter noko nytt som eg ikkje kunne forutsjå før eg starta. Det kan hende at deltakarane kan stille spørsmål ved at dei skal ha uttrykt seg slik, når desse diskursane vert presentert i teksten. Ulemper ved å verte "tolka" er noko av det eg understreka i informasjonsskrivet og i samtykkeerklæringa som deltakarane har skrive under på. Det er mi forforståing som vil bidra til å lyfte fram noko frå teksten, og la andre ting ligge. Ei vektlegging som kan vere annleis enn det deltakaren vil ynskje utifrå sin ståplass. For å ivareta behovet for at stoffet skal vere gjenkjenneleg for lesaren, har eg tatt i bruk triangulering (Kvale 2001), ved at mine tolkingar vert diskuterte med vegleiar og med relevant litteratur.

Det er 3 grunnleggjande prinsipp for forskning på menneske: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar. Eit informert samtykke inneber at deltakarane skal

vere kjent med det overordna målet for undersøkinga, om hovudtrekka i prosjektplanen og om mogelege føremonner eller ulemper. Deltakarane skal og vite at dette arbeidet er frivillig, og at ein når som helst i prosessen kan trekkje seg frå deltaking. Dette vart ivaretatt gjennom skriftleg informasjon til deltakarane, før dei tok stilling til om dei ville delta. Ein kan likevel stille spørsmål ved i kor stor grad samtykke til å delta kan kallast informert, når det er ein utforskande studie, og der det som skjer undervegs ikkje er gitt på førehand. For å ivareta noko av dette gav eg tilbod til deltakarane om å få lese og komme med kommentarar undervegs. Dette hadde eg ein intensjon om, men på grunn av tidsnaud måtte eg velje det vekk.

Konfidensialitet inneber at deltakarane sin identitet skal anonymiserast. Som forskar har eg teieplikt om deltakarane sin identitet, og materialet skal anonymiserast, for at ikkje deltakarane skal kjennast att. For å sikre dette, har eg meldt og fått godkjent studien hos Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS¹⁴. I den søknaden måtte eg nøye beskrive korleis eg ivaretok deltakarane og materialet før, under og etter intervjuet.

I denne oppgåva vil det transkriberte materialet ikkje bli presentert i sin heilskap, men sitat kan bli brukt for å synleggjere kva eg legg til grunn for mi fortolking. Det vil og gi lesaren høve til å gjere seg opp si eiga meining om det som kjem fram i materialet.

¹⁴ ligg ved oppgåva

3.0 Teori og empiri

3.1 Psykiatri - eit disharmonisk kunnskapsområde? Om sentrale diskursar

Eg har valt overskrifta på dette kapittelet med bakgrunn i eit sitat frå Johan Cullberg. Cullberg omtaler spennet i psykiatri slik: psykiatri handlar om idear og opplevingar som er bestemt av det psykologiske og kulturelle miljøet, og om ytringar frå hjerna der svært små, fine funksjoner kan vere forstyrre. For å forstå dette fine samspelet, må vi ta i bruk teoriar både frå humanvitskapane og naturvitskapane.

” Dette tyder på at psykiatrien bestandig kommer til å være et ”disharmonisk” kunnskapsområde, i likhet med menneskene den gjerne vil forstå”. (Cullberg1994:26)

Slik eg les det, oppfattar eg ikkje disharmoni som negativt i denne samanhengen, men eit forsøk på å legitimere, og lyfte fram som verdifullt, alle ulikskapane som psykiatrifaget representerer. Å slå eit slag for det mangefaseterte, for alle stemmene som meir eller mindre vert høyrte, og motstand mot einsretting.

Eit fagfelt er i stadig interaksjon med seg sjølv gjennom at ulike stemmer til ulike tider får betydning. På same tid vil feltet alltid vere i samspel med historiske og samfunnsmessige endringar. Det betyr ikkje at eit fagfelt utviklar seg ved å stadig komme nærare *ei endeleg sanning* (Hjort 2003, Wifstad 1997). Filosof og strukturalist Michel Foucault la til grunn eit diskontinuerleg syn på utvikling, som gir høve til å tenkje at det er parallelle og motstridande rørsler i feltet (1972), t.d. kan ein sjå at moralske og religiøse idear fortsatt eksisterer, side om side med biologiske, sosiale og kulturelle aspekt i forståing av avvikande fenomen og handlingar i vår kultur. Lynn Hoffmann bruker metaforen ”utviklingspost” om fenomenet der ein gjennom ny erkjenning får eit større overblikk over det ein har vore ein del av (Hoffmann i forordet til Anderson 2003). Ho meiner at utvikling i fagfeltet bør innehalde stadig nye utviklingsposter. Ho reflekterer over kvifor familierapien har vore god til å danne nye utviklingsposter, og spør om det har med evnen til refleksivitet¹⁵, som har vore sentral i familierapifeltet.

¹⁵ Refleksivitet reflekterer forskaren eller terapeuten si evne til å gjere synleg den effekten han eller ho har på det som vert forska på, eller terapien (Langdridge 2006)

Å presentere psykiatrien som fagfelt i heile si breidde ville ikkje vere mogeleg innanfor rammene av ei slik oppgåve. Eg vil presentere nokre trekk eg opplever er sentrale for å forstå dei spenningane som eksisterer i feltet, eit utval som er mine distinksjonar. Ein annan ville kanskje ha gjort andre. På den same måte er det med litteraturtilfanget. Eg har valt ut nokre som appellerer til meg, som vil føre med seg at andre vil vere i skuggen.

Psykiatrien lever i spenningsfeltet mellom human- og samfunnsvitskapane og naturvitskapen. For å forstå og behandle psykiske lidingar, nyttar psykiatrien seg av kunnskap frå mange fag, frå sosialantropologi til molekylærbiologi (Malt m fl 2003). Wifstad gjer greie for ulike måtar å forstå begrepet ”psykiatri”. For det fyrste som eit omfattande system av behandlingstilbod og institusjonar, der ulike profesjonar og yrkesgrupper arbeider saman innanfor rammer sett av lovverk og forvaltning. Ein snevrare definisjon er uttrykk for ein medisinsk spesialitet, med psykiaterrolla og behandling i fokus. For det tredje er ”psykiatri” spesifikke teoriar og forståingsformer. Her ser vi psykiatrien som prega av både medisinske, psykologiske og samfunnsvitskapelege tenkjemåtar. Eit siste perspektiv kan vere ”lidelsespanoramaet”, med klienten eller brukaren i fokus. (Wifstad 1997).

Bøe og Thomassen er opptatt av at forskjellen mellom å forklare og å forstå psykisk liding. Å forklare psykisk liding inneber at ein har viten om årsakssamanhengar som høyrer til i eit kausalitetsparadigme¹⁶. Biologiske forklaringar og teoriar er eksempel på slike forklaringar. Men også psykodynamiske eller systemteoretiske teoriar kan ha karakter av å vere forklaringar. Intrapsykiske eller relasjonelle konflikter vert forklart utifrå ei årsaks- verknads line, og ifylgje Bøe/ Thomassen relatert til det naturvitskapelige paradigmet (2000). Å forsøke å forstå psykisk liding handlar derimot om å inkludere element hos mennesket som til dømes motiv, vilje, ynskjer og hensikter. Noko som uttrykkjer mennesket som eit handlande subjekt, og som tek inn meiningsaspektet. Dette gir større fridom i høve til å sjå den psykisk lidande som eit handlande subjekt også i adferd som vert oppfatta som "forstyrra". Det gir høve til å søkje å forstå relevansen i personen sitt liv i det uforståelege (ibid). Annbjørg Haram

¹⁶ Kausalitet handlar om årsakssamanheng, begrepet paradigme stammar frå den amerikanske fysikaren og filosofen Thomas Kuhn, og kan definerast slik: ”Et paradigme er et sett av prosedyrer som et kollektiv anvender i sin praksis. Et kollektiv er styrt av et paradigme i den forstand at dets praksis alltid utføres i overensstemmelse med bestemte typiske (paradigmatiske) prosedyrer for problemløsning (Juul Jensen 1986 i Jensen 1994)

har gjennom sitt arbeid med alvorleg psykotiske menneske vist at systematisk dialog gir endring og bedring. Sentralt for ho er det etiske perspektivet som uforbeholdent tek imot den andre sitt uttrykk og svarar på det, og ei vilje til å sjå det psykotiske materialet som relevant i pasienten sitt liv (Haram 2004).

Psykiatri er eit ungt fag, og har ingen einskapeleg teoretisk plattform å byggje forståing rundt årsaksforhold, utvikling, forløp og behandling på. Mange terapeutar og behandlarar i feltet er opptatt av å ha ei pragmatisk halding til det kliniske arbeidet, og har utvikla ei form der dei nyttar seg av ulike forståingsrammer avhengig av kva pasienten presenterer og treng hjelp til (Cullberg 1994). Dette eklektiske¹⁷ synet inneber at ulike fagtradisjonar eksisterer side om side, og gir grunnlag for at ulike diskursar blir sett i arbeid i møte med pasienten t.d. i høve til vald i nære relasjonar. Åge Wifstad har i si avhandling problematisert denne haldninga (Wifstad 1997). Han viser til to grunnleggjande problem knytt til eklektisme. For det fyrste problem med tanke på det vitenskapsfilosofiske grunnlaget. Slik eg forstår Wifstad, stiller han spørsmål ved mangel på grunnlagstenking når såvidt forskjellige teoretiske retningar verkar side om side.

Det kanskje viktigaste spørsmålet han stiller utifrå mitt perspektiv er at eklektisme lyfter fram ei form for heilskapstenking utan å problematisere at dei ulike retningane i klinisk kvardag ikkje framstår som i harmoni med kvarandre, eller som likeverdige. Denne diskusjonen vil føre for langt å gå inn på her, men eg synes det er interessant å peike på då eg i materialet mitt kan sjå at fleire modellar¹⁸ blir sett i arbeid i det informantane ytrer. Norvoll tek opp ei anna side i debatten om kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsevern. Ikkje berre det teoretiske grunnlaget, men kva praksis faktisk vert organisert utifrå. Til tross for auka fokus på fenomenologiske og sosiale perspektiv i helse- og sosialfagutdanningane, er mykje av den organisatoriske verksemda basert på eit biomedisinsk vitenskapssyn. Dei alternative perspektiva står med det i fare for å tape kraft fordi dei ikkje vert realiserte i kvardagsrutinene (Norvoll 2002).

¹⁷ Eklektisme tyder å nytte seg av element frå ulike tradisjonar og teoretiske referanserammer ut ifrå kva som vert vurdert til å vere hensiktsmessig i det einskilde tilfellet (Kringlen 1987 i Wifstad 1997)

¹⁸ Forståingsmodellar er praktiske hjelpemiddel som ut i frå eksisterande kunnskap byggjer meir omfattande teoriar om årsaksforhold ved dei psykiske lidningane, sjukdomsutvikling og behandling (Tyrer og Steinberg 1998; Ringen og Dahl 2002 i Malt m. fl. 2003).

Haldis Hjort har i si bok "Ideer i norsk psykoterapi" sett på utviklinga og posisjonen til psykoanalysefeltet og familierapifeltet i perioden frå 1970 til 2000 (Hjort 2003). Ho hevdar at desse to tradisjonane har vore dei mest dominerande i denne perioden, og dei terapiretningane som mest har interessert seg for filosofiske grunnlagsspørsmål. Ho peikar likevel på det faktumet at dei to retningane har ulik posisjon i ulike deler av terapifeltet. Psykoanalysefeltet har sterk posisjon i vaksenpsykiatrien, medan familievernet, rusfeltet og barne- og ungdomspsykiatrien har vore meir prega av familierapeutisk tenkning (Hjort 2003). Norvoll peikar på at medisinen er og har vore ein lukka kultur som i liten grad har vore opptatt av samfunnsvitskapleg forskning. Det gjeld spesielt den biologisk orienterte psykiatrien (Norvoll 2002a). Ho er kritisk til dette, og støttar seg på psykiater og sosialantropolog Arthur Kleinmann, som meiner at det nettopp er i skjeringspunkta mellom dei ulike vitenskapane at nyttige problemstillingar og kunnskap kan utviklast (i fylgje Norvoll 2002a).

3.2 Vald i nære relasjonar i eit traumeperspektiv

Eg har i oppgåva gitt stor plass for sentral teori og empiri i traumefeltet, både i lys av historia og dagens kunnskapsstatus. Traumefeltet sin plass i psykiatrien, slik eg ser det, er sentral for korleis vi forstår vald sin påverknad på menneske generelt, og i nære relasjonar spesielt. Eg har lena meg på litteratur som synest å favne sentral forskning både internasjonalt og nasjonalt.

I samband med at psykiatrien kategoriserte psykologiske problem etter det som var observerbart, gjennom diagnosesystem¹⁹, mista psykiatrifeltet til ei viss grad interessa for "sjelens mysterium" (Kolk/McFarlane 1996). Utviklinga av Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) som diagnose i 1980, gav ei ramme for å forstå korleis menneska sin biologi, forestilling om verda og personlegdom er vevd saman med og forma gjennom erfaringer (ibid 1996). Dette skjedde parallelt med auka offentleg merksemd på overgrep overfor t.d. kvinner og barn i det private rommet (Skjørten 1999). PTSD- diagnosa kan, slik eg ser det, stå som eit symbol for spenninga som

¹⁹ Allereie på 1700- talet kom dei fyrste systematiske klassifikasjonene over sjukdomar. Mange revideringar seinare har gitt oss det som i dag er i bruk: ICD-10, International classification of diseases, version 10, som vart godkjent i mai 1990 (WHO sin nettstad 24.04.10)

eksisterer i feltet knytt til korleis ein kan forstå psykisk sjukdom. Den utfordrar tenkinga rundt diagnostikk ved at den tek inn mennesket sine erfaringar og forsøk på meningsdanning og kontekstuelle sider.

”PTSD, then, serves as a model for correcting the decontextualized aspects of today’s psychiatric nomenclature.” (Kolk/McFarlane 1996:5).

Anna Louisa Kirkengen har vore kritisk til dualismen som pregar medisinen, og som skil kropp frå psyke, manifestert i to ulike klassifikasjonssystem for sjukdom og eit todelt helsevesen. Ho stiller og spørsmål ved synet på den menneskelege kroppen sett saman av forskjellige og fråskilde organsystem. For det tredje er ho opptatt av den menneskelege kroppen som ei separat eining, utan å sjå verdien av sosiale relasjonar for kroppen generelt og for nært forbundne kroppar spesielt, som i familiar og ulike samfunn (Kirkengen 2009).

At grenseoverskridande opplevingar kan føre til vanskelege minner, søvnløys og unngåing, har vore sentrale tema i litteraturen frå dei greske klassikarane til dagens forfattarar (Kolk/Weisæth/Hart 1996). Psykiatrien som fagområde har i perioder lidd av amnesi for slik velkjent kunnskap, og slike opplevingar har vore knytta til konstitusjonelle og intrapsykiske faktorar åleine (ibid).

Pasientane har vore utsette for ulike teoriar, frå at effekten av traumer har blitt forklart ved mangel på moral eller modning, hypokondri, intrapsykiske forhold og sårbarheit, eller rett og slett fantasiar. Alt dette konstruksjonar som har konstituert pasientane, og som har skapt rammer for deira ”veren i verda” (ibid).

Seksuelt misbruk av barn var veldokumentert i Frankrike i siste halvdel av det nittande århundret, men kunnskap om dette vart underkjent (ibid), og erfaringane hjå dei som var utsette vart ikkje gjort gyldig. Sigmund Freud, kjent som opphavet til ”psykoanalysen” kom med sin ”forføringsteori” i 1896. Der han, kort fortalt, gjorde greie for at hysteriske nevrosar hadde sitt opphav i seksuelle overgrep som barn (Hjort 2003). Han tona seinare ned dette standpunktet. Han fremma sine teoriar om

ødipuskomplekset²⁰ og barneseksualitet, og underkjente kvinnene i behandling deira erfaringar og kalte det fantasiar. Mange har spekulert i kvifor Freud gjekk ifrå ”forføringsteorien”. Ein av forklaringane er mangel på mot til å ytre seg om eit sterkt tabubelagt tema. Mange meiner at dette har hatt betydning for kva plass traumatiske relasjons- og livspåkjenningar har hatt i synet på utvikling av psykopatologi (Hjort 2003).

Mennesker reagerer ulikt på dei same påkjenningane, og i psykiatrisk behandling skil ein mellom det som er naturlege reaksjonar på traumer og det som er patologisk. I sosialkonstruksjonistisk praksis vil ein vere forsiktig med å klassifisere noko som normalt og noko som ikkje- normalt, då einkvar respons på dei erfaringane ein blir til del, vil vere ”riktig” og gi nyttig informasjon til den det gjeld. I denne samanhengen kan det kanskje vere like fruktbart å snakke om symptom og adferd som fører til ikkje ynskte endringar i ein person sitt sosiale, yrkesretta eller familiære liv. I henhold til ICD-10²¹, finn vi dei psykologiske verknadane av traumer hovudsakleg klassifisert under diagnosa ”Posttraumatisk stresslidning” (WHO 1992).

Mange opplever i tillegg til PTSD-symptom, symptom som angst, depresjon, personlegdomsendringar og rusproblem, samt problem med sinne og aggresjon (Klæth & Hagen, 2009). Traumeutsette rapporterer om sosial isolering, fleire interpersonlege konflikter, mangel på kjensle av å høyre til og svekka sosial og arbeidsmessig fungering (ibid). I meir komplekse traumetilstandar kan ein og sjå strukturelle endringar i hjernen som fylgje av traumer (ibid). Sentralt for diagnosa PTSD er at hendinga har utløyst ein intens emosjonell respons hos den traumeutsatte (ibid).

Traumbegrepet er opprinneleg definert som skade etter enkeltstående hendingar. Men Kirsten Benum peikar på konsekvensen ved tidlege og gjentatte traumer som får store omkostningar for personlegdomsutviklinga hos barn og unge. Ho finn det difor

²⁰ Ødipuskomplekset stammer frå det greske sagnet om Ødipus som gifta seg med mor si. Ødipuskomplekset vert brukt i psykoanalysen om ubevisste, seksuelle dragningar frå barnet til forelder av motsatt kjønn, og vert relatert til intrapsykiske konflikter hos barnet i ei bestemt fase i utviklinga. (Malt m fl 2003)

²¹ :”The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines”, diagnoseverktøy brukt i spesialisthelsetenesta.

relevant også å bruke traumbegrepet om langvarige og omfattande påkjenningar som ein t.d. ser ved omsorgssvikt. (Benum 2006)

Benum deler konsekvensar av tidlege traumer i to:

1. Konsekvensar for tilknytingsadferd
2. Konsekvensar for stress- og affektregulering

(ibid)

Tidlege og gjentatte traumer grip inn i det einskilde mennesket sin måte å oppfatte, tenkje og forhalde seg til seg sjølv og omgjevnaden på. Traumeerfaringar grip inn i utviklinga av personlegdomen. Ein må utvikle alternative måter å vere i verda på, og særleg måtar å unngå å vere til stades. (Benum 2006) Ei slik oppsplitting og utmelding som ein kan sjå ved t.d. dissosiative lidningar²², kan forståast som eit biologisk forsvarssbehov, og i eit psykologisk utviklings- og relasjonsperspektiv. Begrepet kompleks PTSD vert av mange forskarar og klinikarar brukt om alle former for skader etter vald i heimen, tilknytningstraumer i familien og traumatisering i andre nære relasjonar (i fylgje ibid.).

3.2.1 Samanheng mellom barndomstraumer og seinare utvikling av psykotiske lidingar.

Nyare forskings har stilt spørsmål ved den sterke vektlegginga på abnormalitet på biologisk og genetisk nivå som har dominert tenkinga rundt psykotiske symptom og psykotiske lidingar (Klæth, Hagen 2009). Det er i den samanheng sett ein sterkare relasjon mellom barndomstraumer og seinare utvikling av psykotiske symptom.

”Empiri tyder på at barndomstraumer kan knyttes til utviklingen av en rekke psykiske lidelser, og at det kan være en sammenheng mellom misbruk og forstyrrelsens alvorlighetsgrad” (Klæt & Hagen 2009)

²² Eg vel å lene meg på definisjonen som Nijenhuis, van der Hart og Steele bruker i artikkelen ”Traumerelatert strukturell dissiasjon av personligheten”, der dei igjen lener seg på Pierre Janet si opprinnelige beskriving av dissosiasjon: som ei organisert oppdeling av personlegdomen, som medfører utilstrekkelig integrasjon av to eller fleire ”systemer av ideer og funksjoner som konstituerer personligheten”. Desse systema eksisterer ikkje i eit vakum, men er ein del av selvet uavhengig av kva slags utviklingsnivå ein er på. (Nijenhuis m.fl. 2006)

Klæth og Hagen peikar på at samanhengen mellom barndomstraumer og psykose ikkje har blitt anerkjent trass i at fleire studiar har peika på dette. Dei drøftar vanskar ved samanlikning av ulike studiar, pga ulike definisjonar av barndomstraumer og utfordringar ved utval og metodologi. Men dei konkluderar med at trass i desse avgrensingane tyder funna på at miljømessige faktorar har etiologisk påverknad på utvikling av schizofreni og andre psykotiske lidningar. Det understrekar kor viktig førebygging og tidleg intervensjon er for å minske risikoen for psykotiske episodar.

”En av de viktigste kliniske implikasjonene for en sammenheng mellom traumer og psykoser er at psykologer og andre som jobber med pasienter med psykoselidelser, må bli flinkere til å spørre etter opplevde traumer”(Klæth & Hagen, 2009).

Kan ei erkjenning av at psykotiske symptom er føremålstenlege løysingsforsøk for å meistre uvanleg livspåkjenning medverke til å utfordre dikotomien normal og unormal? Hagen, Berge og Gråwe stiller spørsmål ved kor føremålstenleg diagnosesystemet er for å forstå bakgrunnen for psykose, og kva som er den beste hjelpa (2007). Dei peikar på at psykotiske erfaringar må forståast nettopp som erfaringar, og ikkje som symptom på ein underliggjande sjukdom. Å søkje å forstå psykotiske erfaringar fordrar evne til å vere nysgjerrig og engasjert i det som blir uttrykt gjennom pasienten sitt eige vokabular, og relatere det til pasienten si livsverd.

”The ultimate goal for the therapist is to try to understand, rather than to try to make the person change their mind by challenging the reality of their voices and delusions (ibid s.522).

3.3 Teoretiske perspektiv for å forstå forholdet mellom psykisk lidning og vald

Forklaringar på vald kan knyttast til ulike nivå. For det fyrste kan det vere strukturelle forhold i samfunnet som er årsak til vald, t.d. maktforskjellar mellom kjønna og sosiale ulikskapar. For det andre kan vald knyttast til einskilte kjenneteikn ved grupper av individ, som at vald er lært gjennom sosialisering i bestemte miljø eller familiar. Til slutt er det årsaksforklaringar på individnivå som kan knyttast til avvikande personlegdomstrekk ved den som utøver vald (NOU 2003 nr. 31). Nina Fjeldheim har i si masteroppgåve i sosiologi frå 2006, analysert behandlingsdiskursane på familievaldsfeltet. Ho har konstruert eit hovudskilje mellom

forklaringar som støttar seg til individfokuserte retningar og retningar som er relasjonsfokuserte. Eg vil no gjere greie for tre hovudmodellar innanfor psykiatrifaget, som på kvar sin måte konstituerer vald i nære relasjonar som fenomen. Den nevrobiologiske modellen og den psykodynamiske modellen er representantar for individfokuserte retningar, og den systemiske modellen er representant for relasjonsfokuserte retningar.

3.3.1 Den nevrobiologisk modellen

Den nevrobiologiske modellen ser psykisk lidning som fylgje av forstyrre fysiologiske og biokjemiske prosessar i hjernen (Malt m. fl. 2003). Føresetnaden for modellen er at all psykisk aktivitet er knytta til desse prosessane i hjerna, og at hjerna fungerer meir eller mindre normalt eller patologisk²³. Denne modellen vektlegg genetisk disposisjon, hormon, kjemiske prosessar, drifter og instinkt for å forklare vald. Kjønnbestemte ulikskapar, som at mannen av natur er meir aggressiv enn kvinna, er sentral (Råkil 2000), i tillegg til samanhengen mellom rus og vald. Kritikken mot denne modellen er t.d. at den vert sett på som reduksjonistisk. Psykiske problem er ”maskinfeil” og psykologiske og sosiale forhold har liten betydning. Vald vert redusert til symptom på underliggjande eller styrande tilstandar. Ved å definere vald som symptom på andre problem, vert fokuset på valdshandlinga tatt vekk, og valden kan orsakast, forklarast eller tolkast som utslag av prosessar utanfor utøvars kontroll. I det vitskapelege miljøet i Norge har biologi åleine som forklaring på vald, lita støtte i dag. Dette har vi fått demonstrert gjennom programmet ”Hjernevask”²⁴, som har vore vist på NRK denne våren.

3.3.2 Den psykodynamiske modellen

Den psykodynamiske modellen kviler på tre grunnprinsipp. Teorien om psykisk determinisme, prinsippet om det dynamisk ubevisste, og prinsippet om reaktivering av tidlegare konflikthar (Malt m. fl. 2003). Når ein skal forstå vald vert t.d. intrapsykiske konflikthar, personlegdomsforstyrningar, utviklingsskader eller vanskeleg barndom

²³ Patologi er læra om sjukdommar. Overser ytre kontekst, ”feilen” er forklart utifrå individet, som kan vere relevant i medisinen, men begrensende i psykiatri.

²⁴ Populærvitskapeleg program som søker å utfordre skiljet mellom naturvitskapen og samfunnsvitskapane. Programleiar er Harald Eia.

vektagt (Råkil 2002, Fjeldheim 2006). Hjort peikar på at det viktigaste utviklingstrekket innanfor denne tradisjonen gjennom dei siste 30 åra er overgangen frå driftspsykologi til ideen om relasjon. På den måten kan ein tenkje at teorien har tatt meir avstand frå biologien som driftspsykologien var knytt til. I terapiforholdet vert terapeuten ikkje, som i stor grad tidlegare, forstått som ein spegel for pasienten si fortid. Pasienten sitt noverande forhold til andre menneske vert meir fokusert, terapeuten er i mindre grad fortolkande, men bekreftar og ”container”²⁵ meir (Hjort 2003).

Utviklingspsykologien som psykoanalysen støtta seg til, har gjennomgått store endringar. Spedbarnet vert ikkje lenger sett på som styrt av drifter og impulsar, men som søkjende og aktiv, og med motivasjon for tilknytning og gjensidig affektivt samspel heilt frå starten (ibid). Når det gjeld synet på ”livshistorie”, medverkar terapeuten idag til å konstruere narrativer.²⁶ Desse er meir sjølvstøttande og opplevingskongruente enn dei pasienten sjølv kjem med, meir enn som før til å ”avdekke” eller rekonstruere det som har skjedd i livet til pasienten. I denne modellen vert det vanskeleg å snakke om ein diskursiv tradisjon. Her ser ein tydeleg at diskursar beveger seg i takt med historiske og kulturelle endringar elles. Vald er ikkje fokus i seg sjølv, men vert sett på som resultat av mennesket sin ibuande aggresjon.

Hovudkritikken av modellen er at den ikkje er verifiserbar empirisk. Kritikken har sin plass innanfor den delen av miljøet som lener seg mot det naturvitskapelige vitskapssynet, og som etterspør empirisk²⁷ dokumenterbar viten om det som skjer i terapirommet (sjå t.d. Malt m fl, 2003). Wifstad seier om det: ”*I selve det å tenke epistemologi og vitenskap ligger det føringar som peker i retning av en betraktende og vitende holdning*” (Wifstad 1997:144). Istad hevdar at modellen har eit individualpsykologisk perspektiv, og at miljø- og samfunnsmessige strukturar vert undervurderte (Råkil 2002). Naturlege reaksjonar på vald og overgrep vert

²⁵ ”Containing function”- frå den engelske psykoanalytikeren W. Bion. Ein måte å forstå det på er at ein tek imot pasienten sine sterke uttrykk for kjensler, utan å la seg lamme eller gripe av den same uroa som pasienten kjenner (Cullberg 1994)

²⁶ Narrativer er historier eller fortellingar, Historier om livet vårt gir rammer for erfaringane og eit høve til å organisere og gi mønster til erfaringane (Lundby 1998)

²⁷ Empirisk forskning: ”I økende grad har legevitenskapen lagt vekt på at informasjon fra kvalitativ forskning må kunne bekreftes i større normative studier før man aksepterer at det foreligger tilstrekkelige bevis (evidens) for at funnene er allment gyldige. En systematisk deskriptiv innhenting av informasjon og presentering av denne slik som kan gjøres ved kvalitativ forskning, er også empirisk. Når empirisk likevel blir brukt synonymt med kvantitativ forskning, skyldes dette at slik bruk av ordet empirisk er vanlig i medisinen (Malt m. fl. 2003: 98)

patologiserte ved hjelp av diagnostiske termar (ibid). I møte med hjelpeapparatet kan offer for vald bli retraumatiserte, ved at psykologiske reaksjonar vert oppfatta som avvik eller skade ved personen, og ikkje adressert til konteksten offeret er i.

3.3.3 Den systemiske modellen

Systemteorien oppstod på 1950- talet i USA, som ei motvekt til etablerte sanningar innanfor tradisjonell psykoterapeutisk tenking (Jensen & Hårtveit 2004). Symptoma vart sett på som lite nyttige forsøk på å tilpasse seg ein vanskeleg situasjon, og motstand vart oppfatta som systemet si vegring mot å forlate likevekt. Det representerte ei rørsle vekk ifrå individtenking til å sjå på familien og dei relasjonelle mønstra som årsak til problema. Det vart stillt spørsmål ved dei verdiane den tradisjonelle psykoterapien representerte, det var eit opprør mot konservative haldningar og eit opprør mot aksept av urettferdige sosiale strukturar. Sentralt er ein sirkulær kausalitetsmodell:

”der erkjennelsens mål ikke ligger i å finne logiske forklaringer etter prinsippene om årsak og virkning, men i stedet å beskrive mønstre av samvariasjon, og i å finne lovmessigheter rundt rammebetingelser som utvikling, stabilisering og forandring” (Monsen 1991:270).

Med introduksjonen av språkssystemisk terapi på 80- talet, gjekk familieterapifeltet vekk frå ideen om at det finst overordna ”familieterapeutiske metodar” som kan danne grunnlag for endring (Hårtveit & Jensen, 2004). Spørsmålet om korleis folk konstruerer røynda, og korleis vi skaper meaning vart sentralt (ibid)²⁸.

Wifstad hevdar at sosialkonstruksjonismen ikkje held mål som den nye epistemologien, men at utviklinga innan familieterapifeltet gir viktige tilskot. Han legg spesielt vekt på at pasienten si livsverd vert tatt på alvor, men også at ekspertspråket vert sett på dagsorden, og at fokuset er relasjonelt. ”*Vi må gå til praksis og la dagligspråket forme fagspråket*”, seier han. (Wifstad 1997: 145). Han lyfter fram psykoterapitradisjonane ”*ikkje- vitande haldning*” og ”*reflekterande*

²⁸ Sjå Hårtveit/ Jensen si omtale av ”Den andre bølgen”. Om familieterapien si rørsle frå modernismen til postmodernisme (Hårtveit/ Jensen 1999)

prosessar” som sentrale for å ivareta det han kallar det etiske ansvar for å komme ”den andre i møte” (ibid).

Ikkje- vitande haldning vart til i eit samarbeid mellom Harry Goolishian og Harlene Anderson.(Anderson 2003) Mening og forståing vert ifylgje Anderson/ Goolishian sosialt konstruerte gjennom språket i samtalen. Ikkje- vite-posisjonen krev at terapeuten si forståing, forklaringar og tolkingar ikkje vert avgrensa av tidlegare erfaringar eller av teoretisk formulert sanning eller kunnskap (Lundby 2003). På denne måten vert tolkingsprosessen, ”*kampen for å forstå*” ein samarbeidsprosess (ibid).

I høve til reflekterande prosessar vel eg å lene meg på arbeidet som Tom Andersen har gjort. ”*Et levende system: enten et enkelt menneske eller en familie eller en institusjon, kan bare forandres innenfra ved ”egne meninger og krefter*” ”(Andersen 2006:36). Sentralt i reflekterande prosessar er sosiale band, erfaringar i relasjonar, å bli berørt og å berøre, og språklegging som faktisk hending eller mogelegheit (Sundet 2006a).

Familieterapifeltet har blitt kritisert for å ikkje ta stilling til vald i nære relasjonar. Med fokus på nøytralitet, og at alle historier har like mykje verdi, kan ein stå i fare for å tilsløre ansvaret for valden. Vald vart sett på som eit indre tilhøve i familien, og teikn på at systemet er i ubalanse (Vatnar 2000). Løysinga var derfor og å finne i familien.

3.4 Samfunn og tabuar

Foucalts diskursanalyse er opptatt av språket, og den rolla språket har i å konstituere livet, både sosialt og psykologisk (Willig 2008). Denne forma for diskursanalyse har særleg fokus på dei diskursive ressursane i ein kultur. For å forstå diskursar i eit fagfelt, må ein difor gå til diskursar som vert spegla i samfunnet elles innanfor samme historiske epoke. I dette kapittelet vil eg vise til nokre trekk i samfunnet som kan medverke til å halde vald i nære relasjonar skjult.

Måten valdsutøvar og valdsutsett vert møtt på kan uttrykkje motstand mot kunnskap om vald (NOU 2003 nr. 31). Å forklare valdeleg adferd med vanskelege

oppvekstforhold kan skape forståing for denne adferda, og medverke til bagatellisering. I fylgje Leira (2003) vert valdsutøvar i større grad møtt med forståing enn valdsutsette. Kvinna vert ofte møtt med: ””kvifor går du ikkje?”. Mytene i dette feltet kan og forklare motstanden mot kunnskap. Mytene om den fattige, den alkoholiserde eller psykopatiske valdsutøvaren kan hjelpe oss til å distansere oss frå ubehaget ved at det kan ramme oss sjølve (NOU 2003 nr. 31).

Kva type vald samfunnet vel å fokusere på, kan og reflektere motstand. Når regjeringa sette vald i nære relasjonar på dagsorden på 90- talet, såg ein at valdsutøvar fekk eit stort fokus, gjennom at det skulle etablerast behandlingstilbod (Leira 2003). Valdsoffera vart mindre synleg. Dette kan ha den konsekvensen at ein får ”verdige” og uverdige” offer, som igjen kan leggje føringar for rammene ein arbeider under, i høve til det meir komplekse biletet (ibid).

Leira (2003) er opptatt av at mennesket konstituerer si sjølvoppfatning i møte med kulturen. Ho stiller spørsmål ved om menneskerettane skal gjelde i det private rommet. Greier vi hjelparar som representantar for det offentlige rommet, i møte med det private rommet, å halde fast ved vår rettsoppfatning, eller reproducerer vi i dette møtet ubevisste førmoderne, illegitime maktstrukturer? Carl C. Jung sa eingong at det vi har eit ubevisst forhold til i oss sjølv, er vi identiske med (i fylgje Monsen, 1991).

Leira er opptatt av at vi som profesjonelle hjelparar let oss blinde av det tatt- for gitte(doxa²⁹) i samfunnet, samfunnet sine myter og tabuar. Forakt for svakheit er eit døme på det vi tek for gitt. Det fungerer som ei norm, ei haldning som ”er i lufta som vi pustar inn” (Leira 2003:15), og vi tek den for gitt. Leira bruker begrepet symbolsk vald³⁰ om det som skjer når forakta for det svake vert internalisert som sjølvforakt hos den psykisk lidande. Ho hentar inspirasjon frå t.d den norske filosofen Hans Skjervheim, og hans skilje mellom den engasjerte og den desengasjerte hjelparen i relasjon til begrepa anerkjenning og forakt. Ho viser og til Pierre Bourdieu, som hevder at anerkjenning er vår viktigaste kulturelle kapital (Leira 2003).

²⁹ Doxa forstå eg som ”jakta” på dei alternative diskursane, meir enn som diskursane i seg sjølv.

³⁰ Symbolsk vold betyr at den dominerte internaliserer den dominerendes briller” (Leira 2003:64)

Kirkengen er opptatt av dei store samfunnsinstitusjonane si misbruk av makt, t.d. medisin og jus, ved det ho kallar strukturell vald.

”Institusjonene kan, på bakgrunn av en definisjon om hva som er normalt, ignorere enkeltmenneskers ”avvikende” erfaringer ved å benekte at slik erfaring er reell eller relevant (Kirkengen 2009: 118).

Det fører til at menneske som har blitt forstyrra i sitt leve-, kropps- og sjølvbilete som fylgje av sosial tabuisering, og derfor ”uakseptabel” erfaring, igjen vert krenka av samfunnet sine hjelpande og rettslege institusjonar når vedkomande ynskjer hjelp for sine krenkingar, og hjelp til ansvarleggjering av krenkar. Michel Foucault skriv i forordet til boka ”Galskapens historie” om ”*Da galskapen ved slutten av 1700-tallet ble konstituert som sinnssykdom, var dialogen brutt*” (Foucault 1973:18). Då starta fornuften sin monolog over galskapen, skriv Foucault, og slik kan ein la vere å forhalde seg til det ein ikkje forstår.

Sjukepleiar og sosiolog Reidun Norvoll peikar på sosiale forhold og sosial samhandling som vesentlig for å forstå korleis avmakt kan oppstå og bli halde vedlike (2002b). Stigmatisering er ei form for strukturell vald (Kirkengen 2009), som kan føre til ytterlegare krenkingar samstundes som ein er mindre beskytta mot dei same krenkingane (deVries 1996).

”Culture, as a source of knowledge and information, locates experience in a historical context and forces continuity on discontinuous events” (ibid:400).

Norvoll har sett på ulike studier som handlar om folk si haldning til psykisk sjuke og vald. Ho viser til Blumethal og Lavender (i fylgje Norvoll 2002b), som har studert ei rekkje engelske og amerikanske surveys³¹ over dei siste 25 til 30 åra, og finn at det generelle inntrykket er at det er ei merkbar frykt for at psykisk sjuke menneske er valdelege. Dei viser til seks ulike studiar i USA som viser at media systematisk overfokuserer vald utført av psykisk sjuke, og at det å vere psykisk sjuk inneber auka valdsbruk (ibid). Funna viser at det eksisterer eit misforhold mellom risikoen for å bli

³¹ ved ein survey- undersøking vert det gjort eit utval av ein bestemt populasjon som responderer på standardiserte spørsmål

utsett for vald av mennesker med psykiske lidingar, og fokuset på psykiatriske pasientar som valdelege (Norvoll 2002).

Leira er som Kirkengen opptatt av samfunnet si haldning til kjønn. ”*Kjønnsidentiteten er internaliseringen av kulturens kjønns sosialisering*” (Leira 2003:58) Ei kjønns spesifikk sjølvoppfatning vert bygd frå fyrste dag, gjennom samfunnet sine konstruksjonar om kjønn. Eit ribbein vart tatt frå mannen for å skape kvinna i Bibelhistoria, og vart ein symbolsk konstruksjon for kvinna sin plass som ”den andre”³². Kirkengen gir posisjonen til dei samansette lidingane til kvinner i medisinen, stor plass, då ho meiner dette er ein kjønnsdebatt. Ved at kvinner ikkje har blitt anerkjent med sine egne uttrykk for liding, men blitt behandla som eit avtrykk av mannen sine lidingar, har medisinen gjennom si definisjonsmakt undertrykt og undertrykkjer stadig kvinners helse, hevder ho (Kirkengen 2009). Ho gir oss mange rike dømer på t.d. vald og andre grenseoverskridande krenkingar, uttrykt både som somatisk sjukdom og psykiatrisk sjukdom, som ikkje vert forstått som det det er. Dette fokuset rammar ikkje berre kvinner, men og menn (Kirkengen 2009, sjå og Leira 2003), då det har resultert i svært lite forskning på menn og krenkingar. ”*Det har hatt nær sagt blindende virkning med tanke på krenkelser av gutter og menn*” (Kirkengen 2009:89).

³² eit begrep som Simone de Beauvoirs lanserte (Leira 2003), og viser til underordning av det kvinnelege

4.0 Presentasjon av ”funn³³” -analyse

Problemstillinga som eg ynskte å sjå på var:

- Kva diskursar tek terapeutar i bruk for å forstå kompleksiteten til pasientane sine psykiske vanskar.
- Kva betydning får diskursane som blir brukt for gyldiggjering av pasienten sine erfaringar med vald i nære relasjonar?

I dette kapittelet vil eg drøfte utvalt teori og empiri frå fagfeltet, med eigen empiri og eigne refleksjonar og tolkingar. Det er mange inngangar til å tenkje om og svare på desse spørsmåla, det betyr at dette arbeidet kunne ha sett annleis ut dersom det var ein annan som skulle svare. Eg håper lesaren vil gå i dialog med teksten og gjere seg eigne tankar om kva som ”arbeider” i teksten. Å tolke andre sine utsegn har eg opplevd utfordrande, ikkje minst fordi eg stadig har hatt tankar om ”men kan det vere dette vedkommande har meint?”. Då har det vore til hjelp å minne meg sjølv på at fokus for diskursanalyse ikkje er personen i seg sjølv, men det som språklig vert uttrykt i teksten. Å frigjere meg i frå mitt eige fagfelt og ta ei rolle som antropolog, som Jørgensen/ Philips (1999) er opptatt av, har og vore ei nyttig påminning. Ein observant lesar kan sjå at det ikkje er sjølv sagt for meg, eg bruker i mange samanhenger ”oss” eller ”vi” når eg omtalar det eg ser som utfordringar for feltet. Det gjer eg bevisst for å markere at eg er ein del av det same ”språkfellesskapet” (Andersen 2005), og ein del av dei same ”tatt-for-gitt-hetene”.

Når eg no skal presentere mine tolkingar av materialet, vil eg uttrykkje stor respekt for det utfordrande arbeidet som desse terapeutane står i og som dei har delt noko av med meg. Psykiatri er eit krevjande felt regulert på den eine sida av eit lovverk og offentlege føringar, og på den andre sida av kulturelle og historiske tradisjonar både innad i fagfeltet og i det offentlege rom, gjennom t.d synspunkt i media og mellom folk flest. I dette ”nettet” av ”føringar” som tilsaman formar terapeuten sin diskursive praksis vil psykiatri alltid vere eit møte mellom ein hjelpar og ein hjelpsøkjande- eit møte med den Andre (Wifstad 1997).

³³ ”Funn” er ikkje eit godt ord, men eg har satt det i hermeteikn for å understreke at i denne samanhengen er funna kontekstbundne og ikkje allmenngyldige.

I intervju med terapeutar i psykiatrien, var eg opptatt av kva dei tenkte om sine høver til å avdekkje og identifisere vald i nære relasjonar. Eg ville ha dei til å beskrive kva dei var opptatt av for å skape best mogeleg innsikt i kva pasientane streva med. Eg var opptatt av om dei involverte pasientane sine familier i arbeidet sitt, og kva erfaring dei hadde med det. I innleiinga viser eg til at eg hadde med meg ei forforståing av at vi i for liten grad nyttar oss av den relasjonelle kompetansen som pårørande representerer. I neste omgang ville eg sjå på kva konsekvensar terapeutane sin tilgang til å utforske pasienten sine psykiske helseproblemer hadde, for om eventuelt valdserfaring kunne snakkast fram. Og ikkje minst kva posisjonar og handlingsrom det kan gi terapeutane og pasientane. Kapittelet er delt i seks underkapittel, som kvar for seg kastar lys over ulike diskursive praksisar i høve til å utforske det pasienten kjem med.

4.1 Å vite eller å ikkje vite?

I arbeidet med oppgåva har eg blitt opptatt av to sentrale og ytterlegåande posisjonar terapeutar byr pasienten, ekspertposisjonen og ikkje- vite posisjonen. Ekspertposisjonen lenar seg på den naturvitskapelege diskursen, som tek utgangspunkt i ein problemløysande struktur der ein søker å finne nøyaktige beskrivelsar av problemet, før ein kan ta stilling til kva intervensjon som er mest hensiktsmessig. Ein har gjennom diagnosesystem utvikla kategoriar som søker å generalisere og systematisere dei ulike lidingane, og med utgangspunkt i det tilby målretta behandling. Kunnskap er objektiv og kontekstuavhengig, og er fyrst gyldig når effekten av behandling er vitskapeleg dokumentert (Malt 2003). Den ikkje-vitande posisjonen tilbyr ein likeverdig behandlingsrelasjon der terapeuten er ekspert og ansvarleg for prosessen, samt å halde dialogen med pasienten levande, mens pasienten er eksperten på eige liv og den mening han til ei kvar tid legg til sine erfaringar. Sentralt er at problem oppstår og vert forstått i ein gitt kontekst, og må sjåast i lys av denne (Anderson 2003).

Eg vil i fyrste del av dette kapittelet presentere ”funn” som kan illustrere desse to posisjonane, og vidare drøfte kva vilkår som vert bydd pasienten innanfor desse posisjonane, og kva betydning det vil ha for å kunne identifisere vald i nære relasjonar. Det er slik eg ser det ikkje snakk om ein posisjon som er å foretrekkje, då begge posisjonar har relevans og kan utfylle kvarandre.

”Ulla”³⁴ viser korleis begge posisjonane trer fram i ein samtale, og har ulike funksjonar. Når ho skal utdjupe kva grep ho tek for å sikre at kommunikasjonen med pasienten er der, seier ho:

”...er at jeg ofte blir litt stille i timene, at jeg passer på at det jeg sier, sier jeg ikke for å fylle inn hull. Da blir jeg heller stille for å finne ut hvor vi er og om vi har kontakt....og...en annen måte for å sikre at vi faktisk kommuniserer er vel åmm.....legge meg litt opp til pasienten og så finne ut om det stemmer, holdt jeg på å si, isteden for å være for mye meg, eller gå for langt ut med mitt, altså prøve å.....prøve å bekrefte noe, og så viss det stemmer så var vi jo faktisk litt i kontakt da, så kan jeg gå litt videre med det. Da er det der vi er. Viss jeg skulle komme mye med mitt, være mye meg, så ville det bli vanskeligere.

S: mm

D1: men jeg gjør også det, kan være mye meg. Viss folk er veldig utrygge, og viss det er grunnen til at vi ikke har kontakt, så kan jeg gå ganske godt ut og på en måte: ”dette er meg”. Sånn at folk blir litt tryggere, så det er vel sånn jeg kan gjøre da...” (”Ulla” s 4)

Under utforsking av det pasienten kjem med kviler ”Ulla” i stor grad på pasienten sin eigen kompetanse, og ”ikkje-vite-diskursen”. Konstruksjonane ho bruker er t.d. ”*at jeg ofte blir litt stille i timene*”, ”*legge meg litt opp til pasienten*”, ”*prøve å bekrefte*”, ”*Jeg passer på at det jeg sier, sier jeg ikke for å fylle inn hull*”. Her tenkjer eg meg at ”Ulla” er opptatt av å ikkje bruke sin viten, forforståing eller hypotesar for å søkje forståing, men lar pasienten få lov til å komme fram med sin kompetanse og sin unike viten. Ein terapeut med utgangspunkt i ein ikkje-vitande posisjon ser på kunnskap som noko som vert skapt i møter, og som vert forandra og fornya gjennom interaksjonen. Det er ikkje ei forutbestemt historie eller meining som vert erkjent, men noko som oppstår spontant og ikkje planlagt (Lundby 2003). ”Ulla” opnar for at erfaringar som er viktige for pasienten kan snakkast fram. Ein annan stad i intervjuet seier ho: ”*det er viktig for meg å()å til enhver tid finne ut om vi faktisk kommuniserer, slik at jeg finner ut av hvor paientens er....., det er viktig for meg*” (”Ulla” s. 4)

På slutten av sitatet over seier ”Ulla” at ho prøver ”*å ikke være for mye meg*”. ”*Å ikke være for mye meg*” kan gi assosiasjon til å ikkje vere seg sjølv i møte med pasienten,

³⁴ Alle deltakarane har fått fiktive namn. I tillegg er sitata fortetta ved at einskilde småord frå deltakarane og oppmuntrande ”mm” og ”ja/nei” frå meg som intervjuar er fjerna, utan at det skal gå utover meininga. Eg bruker både deltakar og terapeut om informantane om kvarandre i teksten

noko uekte, den distanserte terapeuten som ein finn igjen i psykoanalytisk teori, men her forstår eg det slik at terapeuten er bevisst på å gi rom for pasienten og det pasienten bidreg med. I neste augneblink gjer ho seg nytte av ekspertposisjonen som når ho opplever at folk er uttrygge, og tek ansvar for å trygge ved å vise meir av seg sjølv: ”*dette er meg*”. Eg forstår ved det at ho ikkje forhandlar her mellom kva som er mest nyttig eller fungerer best, men snakkar fram gjensidig utfyllande diskursar og med det posisjonar, som har ulik funksjon.

Terapeuten snakkar vidare om kva betydning fokuset på den relasjonelle kontakten med pasienten har:

”jeg tenker det er viktig fordi det er veldig sterke skjellsettende opplevelser som preger oss, og som må trekkes inn i relasjonen, og der har vi unike muligheter i terapi,(). Det man da kan få i relasjon () det avtoksifiserer eller endrer, helt fantastisk, det endrer mer enn noen medikamenter eller noe annet kan gjøre. Om det er suicidalitet, om det er psykose, vrangforestillinger, viss man kan få det i relasjon, altså pasienten må relatere det mens han snakker det, så er det fantastisk hva det gjør med opplevelsen av hva som har hendt. Derfor har det en plass, og der er vi helt unike i psykiatrien. Fordi vi både får til relasjon med de som er skjøre, og fordi at vi vet dette”. (”Liv” s 15).

Eg tolker ”Liv” slik at ho er opptatt av å formidle ekspertise på relasjonsbygging, noko som kan styrke alliansen mellom pasient og terapeut, og kanskje auke trua på endring. Ho peikar vidare på det ho meiner er ein unik kompetanse i psykiatrien: ”å få til relasjon med de som er skjøre”. Det er litt uklart kva ho legg i dette. Tenkjer ho på dei som er sjukast utifrå eit sjukdomsperspektiv, eller tenker ho på dei som manglar gode relasjonserfaringar, og av den grunn ikkje har grunn til å ha tillit til andre menneske? Slik ”fordi vi vet dette” er plassert i teksten får det meg til å tenke på terapeuten si formidling av håp. Terapeuten snakkar om relasjonen mellom terapeut og pasient som det sentrale terapeutiske verkemiddelet, og har erfaring med at gjennom den kan ”fantastiske” ting skje.

Mange har forska på kva element som er av betydning i terapi, Hårtveit/ Jensen viser til den amerikanske familierapeuten Scott Miller som hevdar at forskning peikar ut fire fellesfaktorar for alle former for terapi uavhengig av teoretisk forankring (Hårtveit/ Jensen 2004). Når ein ser på kva som bidreg til endring står relasjonen til

terapeuten for 30%, pasienten sine håp og forventningar for 15%, terapiretning for 15% og faktorar utanom terapien for 40% (ibid). Terapeuten si evne til å bygge allianse med pasienten er derfor ein viktig faktor for at terapien skal vere vellukka.

”Mari” er den som tydelegast snakkar fram dilemmaer mellom det normative og den lokale kunnskapen i møte med pasienten. På spørsmål om kva ho legg vekt på for å få tak på behovet hos pasienten, svarar ho:

”det jeg er opptatt av da er hva er det dette mennesket egentlig strever med? Mm ...og hva er det denne personen trenger og hva er det han kommer hit for? Og jeg er opptatt av at det når de kommer hit første gang skal føle seg sett og møtt da, ja så de har lyst til å komme igjen, eller har tro på at dette kan være et allright sted å komme, så ...jeg er nok veldig opptatt av å få tak på hva er det dette mennesket strever med, ehh...mer enn symptomer” . (”Mari” s 4)

Her lener terapeuten seg på ein ikkje- vitande diskurs, som kan vere eigna til å fange opp det spesifikke med den einskilde pasient si historie, og gi høve til å utforske til dømes valdserfaringar. Men i høve til vald i nære relasjonar er det vanskeleg innanfor denne diskursen å trekkje opp grenser mellom kva som er legitimt og kva som ikkje er det, då det sosialkonstruksjonistiske idealet ikkje lyftar fram noko som meir sant eller riktig enn noko anna. Vigdis Wie Torsteinsson utvidare denne forståinga når ho reflekterer over postmodernismen sin kritikk av tradisjonell etisk teori. Ho viser til Gergen som hevdar at det etiske språket, med sitt individuelle fokus, stengjer for dialogen, og vidare, at det etiske språket fungerer som "et språk for moralsk overlegenhet" (i fylgje Torsteinsson 2000: 219). Poenget som ofte vert borte i denne kritikken, i fylgje Torsteinsson, er at det etiske språket ikkje berre er eit språk for å fordøme andre sine handlingar, men eit språk for refleksjon over eigne handlingar og eigne måtar å vere i verda på (Torsteinsson 2000). Slik kan sosialkonstruksjonismen bidra til at både utøvar og utsatt av og for vald, kan få høve til å fortelje om ulike opplevingar knytt til dei same erfaringane.

”Mari” snakkar vidare om faren som ligg i dei standardiserte verktøya som er i bruk i psykiatrisk behandling, både i utredningsarbeid og i sjølv terapien. Ho legg spesielt vekt på begrensingane i at på førehand definerte kategoriar vert retningsgivande for samtalen.

”- at jeg da viser klienten at her er det jeg som spør og du som svarer, og liksom holder vi på sånn lenge nok, har vi liksom løst problemene dine”. (”Mari” s. 3)

Ho set fingeren på dilemmaet med fokus på metode og det instrumentelle, som kan vere nyttig for å unngå å tape noko av syne, men som på den andre sida kan føre med seg ein risiko for å leggje verdifull lokal kunnskap om den andre i skuggen.

Og ho seier vidare: ”*at de liksom legger an en sånn standard for hvordan samtalene skal foregå*” (”Mari” s. 4). Her plasserer terapeuten seg i ein hireraktisk orden der ”dei”, her forstått som styresmaktene, står over terapeuten som igjen står over pasienten. Ei kjensle av passivitet, og konsekvensen for både terapeut og pasient kan vere som ho beskriv: ”*ei kjensle av maktesløyse og trøttleik*”. Handlingsrommet er sterkt begrensa. Dei andre si stemme vert dominerande, subjektet vert marginalisert, og som den norske filosofen Skjervheim beskriv: ved å ta kontroll og herredømme over den andre, objektiviserer du den andre og går til åtak på den andre sin fridom (Skjervheim 1996). Kan det tenkjast at her kjenner terapeuten på styrkeforholdet mellom ulike diskursar i arbeid i psykiatrien i dag? På den eine sida vektlegging av klassifikasjon og perfeksjonering i vitskapeleg metode (Wifstad 1997), og på den andre sida ei utvida forståing kor hermeneutiske og etiske perspektiv har grunnleggjande betydning (Bøe/ Thomassen 2003).

Teksten viser at terapeuten vegrar seg for ekspertposisjonen, og eg får eit inntrykk av at terapeuten konstruerer ei motsetning der ein snakker om anten- eller posisjon. Kan dette handle om at terapifeltet har vore so opptatt av å bevege seg vekk ifrå ein ekspertdiskurs at ein har ”kasta barnet ut med badevatnet?” Dette kan kanskje motstanden eg fornemmer i utsegna til ”Mari” over tyde på. På den andre sida legg ho vekt på normativ kunnskap seinare i intervjuet:

”vi må nesten lære oss dette har altså, vi kan ikke bare sitte og synse og tro, vi må sette oss inn i en del ting, facts altså () jeg hilste egentlig det velkommen jeg altså, men nå, nå tar det over på alle områder, () også ser jeg at pasientene er jo så veldig forskjellig, og det er så fryktelig hver gang, når de skal skrives ut og jeg skal sette en diagnose, og det hender jo at det kan være lett, men jeg syns det er mer unntaket enn regelen da () at du liksom skal dytte dem inn i en diagnose, jeg syns det er så vanskelig og krevende () ...syns ikke alltid det er så lett da, jeg syns det er begrensende, jeg føler at det gjør mer og mer med meg egentlig...” (”Mari” s. 5)

I dilemmaet til ”Mari” mellom å vere ”ikkje-vitande”- terapeut kontra styrande terapeut kan ein kanskje sjå føremonner med ikkje-vitande posisjon i høve til å utforske valdserfaringar, medan kunnskap om valden sin effekt bør lene seg på ekspert- diskursen? Dette kjem i konflikt med den medisinske diskursen sin ide om å utrede årsak gjennom standardiserte metodar før ein tek stilling til behandling. Det er kanskje dette psykolog Rolf Sundet sikta til i ei forelesing ved Diakonhjemmet Høgskole 26. mars 2010 når han sa at behandling må komme før utredning. Slik eg forstod han snakka han då om at verken utredning eller behandling er mogeleg utan å fyrst ha fokus på relasjonen til pasienten .

4.2 ”..det er fordi hun har ustabil personlighetsforstyrrelse”

Når det gjeld vald i nære relasjonar, er det naudsynt å ta stilling til kva som er legitimt og kva som ikkje er det. Her kan vi lære noko av dei prosjekta som Alternativ til Vald og Senter for krisepsykologi har samarbeidd om (Ingebrigtsen 2007). Prosjektet ”Barn som lever med vold i familien” har si teoretiske forankring i traumepsykologi og nyare nevrobiologisk/ nevropsykologisk forskning, samt kunnskap frå utviklingspsykologi, nyare tilknytningsteori og kunnskap om familiedynamikk i valdelege forhold (Helle/ Johannessen 2007). Tenkinga er prega av å vere lineær, kausal og normativ (ibid). Prosjektet har tatt innover seg begrensingane som sosialkonstruksjonismen har i seg, med å ta avstand frå det normative.

Om implementering av dette i familiterapifeltet skriv Helle og Johannessen i ein artikkel i Fokus på Familien 2007 nr 4. Dei drøftar ikkje- viteposisjonen opp imot ekspertposisjonen i møte med vald i nære relasjonar. I ei undersøking av mishandla kvinner sitt møte med hjelpeapparatet av Jonassen og Eidem i 2001, rapporterte kvinnene at dei fekk best hjelp der hjelparane hadde spesifikk kunnskap om vald mot kvinner, klare haldningar i høve til mishandling og der hjelparane hadde erfaring med valdsproblematikk (i fylgje Helle/ Johannessen 2007).

Er dette relevant for psykiatrien? Traumepsykologi har vore eit oversett felt både i psykiatrien og i samfunnet elles (Kolk/Weisæth/van der Hart 2002, sjå teorikap. s 32). Historisk har symptom på traumatisering vorte tolka som utslag av sjuke og svake

sider ved einskildindividet, og ikkje som normale reaksjonar på ekstreme ytre påkjenningar (ibid, Fellitti 2009). Manglande kunnskap om traumefeltet, og korleis traumatiseringsprosessen kan verke inn på hukommelse, merksemd, konsentrasjon, emosjonell og sosial fungering kan føre til at terapeuten overser, bagatelliserer og feiltolker pasientens adferd og symptomar (Helle/ Jonassen 2007, sjå og teori s 35).

”Liv” fortel om ei kvinne ho har møtt i terapi som fleire gonger kom tilbake med historier om intoks, kontakt med legevakta og innlegging utan at det kom fram umiddelbart kva som leda til situasjonen. Til ho ein dag møtte med tydeleg utslag av fysisk vald, og fortel om stadige overgrep i fleire forhold. I teksten konstruerer terapeuten det kvinna strever med som *“noe hallusinert”- “litt vagt hva som var rus og psykiske problemer uavhengig av rus”, “litt adhd- prega”, “mye energi”, “led nok av en spiseforstyrrelse”* og vidare at ho *“forteller stadig om noe som virker litt utryggt”, “har støv på hjernen, hadde veldig behov for å holde orden, litt tvangsprega”*. ”(”Liv” s. 8) Her bruker terapeuten begrep som lener seg på den medisinske diskursen, og der diagnostiske termer står for seg sjølv, slik “Mari” gir eksempel på seinare, og posisjonerer seg på den måten slik at ein leitar etter forklaring eller forståing innanfor den medisinske diskursen. I fylgje Mosgaard har det diagnostiske språket ikkje berre ei hjelpande hensikt, men har og den hensikt å definere. Med einkvar definisjon er det mulighet for “utgrænsning”³⁵ (Mosgaard 2009), eller å velje noko vekk. Terapeuten var på dette tidspunktet ikkje klar over at pasienten var involvert i eit valdelig forhold. Når ho lener seg på den medisinske/ diagnostiske diskursen tilbyr terapeuten ein posisjon der symptoma vert sett på som konsekvensar av sjukdom. Eventuelle andre måtar å forstå symptoma på vert marginalisert, og terapeuten unngår med det ein posisjon der ho kan forhalde seg til symptoma som konsekvensar av vald. Viss ein vel å sjå utover den medisinske diskursen til kva som ligg i diskursen om konsekvensar av valden, kan kanskje “hallusinasjoner” bety auka beredskap for uventa hendingar, dissosiative fenomen med bakgrunn i traumeerfaringar. “støv på hjerna” og “tvangsprega” kan kanskje vere uttrykk for uttalt frykt for å ikkje gjere det rette i mannen sine auge, ikkje forstyrre unødig, vere minst mogeleg til bry. Kvinna er då i ein posisjon der ho på den eine sida er låst fast i konsekvensane av valden, og der på den andre sida terapeuten

³⁵ Slik det vert brukt i Mosgaard sin artikkel forstår eg det som ei form for marginalisering, å definere ”dei andre” som noko vesensforskjellig frå ”oss” (Mosgaard i Fokus på familien 2009:4)

definerer seg i ein posisjon der ho risikerer å tilby feil hjelp, med fare for retraumatisering. (Sjå teori s.39)

”Mari” er inne på om symptombeskrivelser og diagnostiske kriterium på mange måtar kan bli sjølvforklarande. Slik eg forstår ho, stiller ho spørsmål ved det dominerende fokus på symptombeskrivelser i seg sjølv, gjennom intervjuer og diagnosekriterier, mens det symptoma uttrykkjer om den einskilde pasienten sitt liv vert mindre fokusert. *”Og det jeg er redd for da at det unike ved hver pasient...ikke får så stor plass da, ...* (Mari” s. 5) Ho uttrykkjer slik eg ser det dilemmaet mellom den medisinske diskurs objektive sanning og pasienten sine subjektive erfaringar:

”det er et problem i forhold til diagnosesystemet vårt at vi tenker litt sånn årsak, selv om det ikke sier noe om årsak, men vi tenker kanskje sånn om det, ()hvorfor er hun innlagt hele tiden? hvorfor er hun så sjuk? ja det er fordi hun har ustabil personlighetsforstyrrelse.()De har det fordi de har den diagnosen” (”Mari” s. 15)

”Men det er klart at det er tabu til tusen..”

Ei undersøking gjennomført i Sverige mellom helsepersonell og deira erfaring med å rutinemessig stille spørsmål om vald og overgrep i 2002, viser at kvinnene som hovudregel var positive til at spørsmål om vald vart stilt. Men dei svenske erfaringane viser og at pågåande vald berre i begrensa omfang vert fanga opp på denne måten (NOU 2003 nr. 31). ”Liv” er kanskje inne på noko av det same når ho innleiingsvis reflekterer over sine erfaringar med kva som vert snakka fram i terapi. *”Å snakke om noe som ligger tilbake i tid er ikke så vanskelig, eller noe som har hendt andre, men det sitter lenger inne å komme fram med noe som hender en selv”* (”Liv” s. 2). Tradisjonelt har kvinna bore mykje av ansvaret for valden ved at den har vore privatisert og individualisert (Råkil 2002). Kvinnens reaksjonar har vore sett på som symptom på mental sjukdom og defekter ved henne, og ikkje mannens ansvar (Råkil 2002). Det medfører at ho har ansvaret for å få slutt på valden, ved å bryte ut av forholdet. Når kvinner ikkje gjer det, kan det gi sterk skamkjensle og oppretthalde eksisterande tabu (Leira 2003).

”Sofie” bekrefter ideen om at vald i nære relasjoner stadig er tabu, trass i at samfunnet har kriminalisert dette. ”Men det er klart at det er tabu til tusen...” (”Sofie” s 10). Og vidare at ”jeg har en ide om at det er vanskeligere å innrømme at man har utøvd vold da”, og reflekterer over kvifor ho har møtt mange valdsutsette, men nesten ikkje valdsutøvarar. Kanskje ho svarer på dette sjølv ved å peike på tabu? Ein annan måte å forstå det på kan vere som Lyche og Molin beskriv i boka ”Menns vold mot kvinner” (Lyche/Molin 2002), at menn har ein annan hjelpsøkjande adferd enn kvinner. Menn oppsøker hjelp i større grad under krise, og ikkje som kvinnene som bruker hjelpeapparatet meir jamnt og førebyggjande. Dei viser til Brooks (1998) som vektlegg at mange trekk ved tradisjonell psykoterapi står i direkte motsetning i høve til dei behov menn har, som krav til å ”avsløre” sensitiv informasjon, be om hjelp, kjenne etter og uttrykke kjensler o.l. (ibid)

I MINI³⁶, eit internasjonalt nevropsykiatrisk intervju som vert anbefalt å bruke som eit standard diagnostisk verktøy i Noreg, kan ein fange opp vald i kapittel I Posttraumatisk stresslidning (PTSD). Der heiter det: ”Har du noengang opplevd, vært vitne til eller selv vært involvert i en dramatisk og skremmende hendelse, som for eksempel drap, ulykke eller alvorlig skade mot deg selv eller noen andre?” Det vert vist til eksempel på traumatiske hendingar: alvorlege ulykker, seksuelle overgrep eller overfall, terroriståtak, halde som gissel, kidnapping, brann, oppdaga ein død person, brå død av nær person, krig eller naturkatastrofer (WHO 1992).

Inklusjonskriterier er ein reaksjon med intens frykt, hjelpeløyse og forferding, og at ein i løpet av siste månaden skal ha gjenopplevd hendinga på ein urovekkjande måte, t.d i form av mareritt, flashbacks, intense minner eller kroppslege reaksjonar. Spørsmålet slik det er stilt lener seg på, slik eg ser det, ein dominerande diskurs om årsak- verknad, og legg opp til å respondere på tidlegare hendingar. Begrepet ”post-traumatisk stress- syndrom” viser til ein retrospektiv definisjon av den traumatiske hendinga, basert på den langvarige patologiske effekta (Shalev 1996). Forsking har særleg vore knytt til krigs- og terror- erfaringar (Kolk/Weisæth/van der Hart 1996), noko som kan ”farge” kva type traumer terapeuter har merksemd på. Fokuset på fortid

³⁶ MINI International Neuropsychiatric interview. Norsk utgåve: Leiknes KA, Leganger S, Malt EA & Malt U. Psykosomatisk avdeling Rikshospitalet, Oslo 1999, 2000, 2001. Utgåve tilpassa Dagavdelingsnettverk: Urnes Ø, Pedersen G. Avdeling for Personlighetspsykiatri, Ullevål Universitetssykehus, Oslo 2004.

fører til at pågåande valdserfaringar ikkje vert spurt etter, og heller ikkje fanga opp. I ny norsk traumelitteratur vert det peika på ein annan mangel i diagnosekriteria, når vedvarande utryggleik, gjennom t.d. å vere vitne til vald tidleg i livet, kan gi tilsvarende symptombilete som akutte einskildtraumer (Benum i teorikap. s 34).

”Mari” reflekterer over om MINI er eit godt verktøy for å fange opp vald i nære relasjonar.

”Mari”: du vet, vi spør jo ikke om vold...det er vel ikke, jo! Viss det er en PT..., jo! Altså jeg har ikke brukt MINI så mye,... hva står det der da? På PTSD? Om man har opplevd traumatiske hendelser, det gjør det, der kunne det absolutt dukke opp

Sissel: erfarer du at nokon har respondert på det..

”Mari”: ja..

Sissel: med familievold på det?

”Mari”: vet du at, ..jeg har ikke fått tatt så mange MINI jeg, men jeg har ikke fått så mye tilfeller av familievold opp der, og jeg er usikker på om det ville komme fram.

Sissel: mm

”Mari”: ja det er jeg litt usikker på, men det kunne for så vidt ha dukket opp der, altså....

(”Mari” s. 6)

Den fyrste tanken som vert snakka fram er at det ikkje vert spurt etter vald, før ho kjem på at det kan vere rom for det under eit MINI- intervju. På bakgrunn av refleksjonane over kan det tenkast at MINI legg so sterke normative føringar for kva som vert tillatt tenkt innanfor PTSD- kriteriane, at det vert ”trangt” for dei unike erfaringane som pasienten kjem med? Sjølv om litteraturen peikar på at sjølv PTSD-diagnosa rommar meningsperspektivet (sjå teorikap. s.), kan det likevel tenkjast at det er på førehand definerte, spesifikke erfaringar som finn sin plass innanfor denne diagnosa? Eg syns terapeuten reflekterer dette, når ho fyrst ytrer at vald ikkje vert etterspurt, for so å ”oppdage” at det er mogeleg å identifisere vald i eit sentralt diagnoseverktøy.

Kanskje det er dette ”Kari” er inne på når ho stiller spørsmål ved om diagnoser er kjønnsnøytrale?

”at det er oftere menn som får ptsd- diagnose mens damer får emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og at det i diagnosebøkene så står det jo,() hendelser som kvalifiserer for ptsd er krig, tortur, sårne ting, og det er kanskje typiske ting som menn opplever mer (),mens andre typer vold eller andre typer traumatiske opplevelser som kanskje kan være like ille,()som voldtekt, incest, traumatiske fødsler, vold i samliv, og () vold i

oppvekst, at det kanskje kommer under emosjonell ustabil og det er gjerne flere damer som har eller får, at på den måten så indirekte bidrar man til å legge skylda for det vonde damene opplever på dem som person, eller på deres personlighet, mens på menn så legger man mere skylda på det fæle de har opplevd ved å gi dem ptsd” (“Kari” s 13)

Wifstad hevdar at det ikkje finns nokon post- modernistisk veg ut av det han kallar ”skjemamessig entydiggjøring” (Wifstad 1997:257). Han spør om ikkje det må vere mogeleg å utvikle ekspertise og spisskompetanse som samstundes ivaretek behovet for dei relasjonsetiske krav i møte med den Andre? Når ein ser dette i lag med erfaringar frå prosjektet: ”Barn som lever med vald i familien”, der det vert tatt i bruk varierte, nyanserte og detaljerte kartleggingsverktøy for å identifisere vald, kan ein tenkje seg at standardisering i kombinasjon med sensitivitet og merksemd på vald i nære relasjonar, t.d gjennom ikkje- vitande haldning og reflekterande prosessar, er det Wifstad etterspør (Anderson 2003, Andersen 2006).

”ja, nei, det er den ene tingen jeg har tenkt på at jeg syns det er veldig mange damer jeg snakker med som har vært ofre for vold av forskjellig slag, det andre er vel at vi har rutiner for at vi skal kartlegge risiko for selvmord, selvskading, rus og vold ved innleggelse og utskrivelse...”

jeg pleier å gjøre nøyst selvmordsvurdering da og risiko for selvskading, vold og rus varierer det litt mer om jeg spør om og i hvilken grad, og jeg ser an hva jeg tror er lurt å spørre pas om da, at jeg ser dem an litt” (“Kari” s.2)

Det er litt uklart kva ”Kari” legg vekt på i si vurdering av når ho spør direkte etter vald, men det kan sjå ut til at ho ikkje ser det som relevant utan at det er signal på dette anten gjennom henvisning, tidlegare kjennskap eller klare indikasjonar på dette i møtet, og vidare ”*og det er vel litt forskjellig praksis vi alle har, utfra de rutinene som er*”. Sjølvordsvurdering er fast rutine, noko ho begrunnar i juridisk ansvar. ”*Vi er jo blitt veldig drillt på at selvmordsrisiko er det aller viktigste, og det er noe vi kan bli tatt på viss vi ikke har vurdert det*” (“Kari” s.3). Her posisjonerer terapeuten seg for å sikre seg og avdelinga mot sanksjoner frå samfunnet, og ein kan kanskje stille spørsmål ved om det er pasientens beste eller frykt for ”eige skinn” som vert styrande for intervensjonen, og vidare kva betydning det har for relasjonen? Ein kan vel seie at ekspertsystemet dominerer denne tenkinga.

”å ikke åpne for mange dører”

”Lise” seier i teksten at dei er medviten på å ”ikke åpne for mange dører” den tida pasienten er lagt inn. Intensjonen ved dette kan forståast ved at ein vil sørge for å følge opp det ein ”set i gang”, men kan fort dra med seg at terapeutesystemet definerer kva ”dører” som er aktuelle å opne og ikkje. Eg lurar på om det er denne konsekvensen (utilsikta?) ”Sofie” er inne på når ho på spørsmål om standardisering av spørsmål knytt til vald svarer:

”Når jeg spør veldig direkte, som en del av en kartlegging, så er det gjerne i de tilfeller der jeg ikke har noen mistanke om at her ligger det noe”(”Sofie” s 8).

Av dette kan ein forstå at ”Sofie” ikkje har tru på standardiserte spørsmål for å identifisere vald, ein får ei kjensle av at dette handlar om ei teknisk øving som ein skal gjennom, noko som vanskeleg finn støtte i litteraturen (NOU 2003 nr. 31). Når ”Sofie” i avsnittet før uttrykkjer:

”så hender det en *trækker i baret*, ved en sånn generell kartlegging, viss jeg spør direkte spørsmål om traumer eller sånn, så hender det jo en får svar som en kanskje ikke hadde forventa” (”Sofie” s 8)

kan ein få inntrykk av at ”Sofie” gjennom sin ekspert- posisjon forsøker å ha regi på kva som skal vere tema. På den andre sida kan det tenkast at ”å trække i baret” ikkje vert opplevd som håplaust for ”Sofie”. Kan det tenkast at utsagnet over meir er eit uttrykk for sjølvrefleksjon hos terapeuten, og at det å få svar som ein ikkje hadde forventa vert opplevd som eit høve til ny innsikt og alternative historier?

Når ho seinare i teksten under samtale om vald seier:

”Det er et tema som ofte er veldig vanskelig å snakke om, så jeg vil alltid..., jeg prøver å skreddersy det i forhold til den (), som jeg tror vil være allright for vedkommende”
(”Sofie” s 9)

snakkar ho fortsatt etter mitt syn utifrå ein ekspertdiskurs, ved at det er det ho trur om kva den andre treng som er retningsgivande, men opnar på den andre sida for å tilpasse si tilnærming til pasienten sine behov. I desse sitata kan ein sjå at det foregår

diskursive kampar mellom ulike posisjonar. Det hadde vore interessant å vite kva ”Sofie” tenkte om å utforske pasienten sine behov i ein slik situasjon?

Eg starta denne delen med sitatet ”å ikkje opne for mange dører”, henta frå døgnavdelinga. Sitatet kan vere eit uttrykk for ulikskapar mellom behandlingsrelasjonen i døgnavdeling, der pasientane er innlagt frå dagar til få veker, til langvarige polikliniske behandlingsrelasjonar. Sitatet frå ”Ulla” kan illustrere at tid er ein dimensjon som kan vere virksam:

”()hun har glippet veldig mye, hun har ikke kommet på et halvt år, så har jeg latt det gå, ikke styrt noe med å innkalle henne. Men at hun har skjönt at jeg har sett noe veldig sårt og sykt hos henne, og likevel har villet arbeide med henne, eller ha tro på henne. Det tror jeg gjør at hun kommer med mer og mer nå” (”Ulla” s 13).

4.3 ”Du vet, vi spør jo ikke om vold”

Mari set ord på det som er eit dominerande inntrykk etter intervjuar i psykiatri. Fokuset er lite på vald i nære relasjonar. Helsevesenet er kritisert for å ikkje identifisere vald i nære relasjonar (NOU 2003 nr. 31). Terapeutane eg har snakka med, bekrefter at dei har lite fokus på det i møte med pasienten. Mi oppleving i møte med materialet er at terapeutane snakkar lite om vald, valdsutøvar eller valdsoffer, men snakkar fram valdserfaringar gjennom andre begrep og måtar å forstå det på. I dette er traumer sentralt, og då ofte komplekse fenomen der vald er ein del av biletet i notid eller fortid. Min påstand er at pågåande vald vert forstått som ”ein del av det same” . Eit fenomen som både forklarar og vert forstått utifrå det komplekse samspelet av biologi, genetikk, psykologi og levd liv. Men det får på den måten ikkje den merksemd som situasjonen krev.

I teksten under ser vi korleis Mari nærast forhandlar mellom å meine at ho møter lite vald i denne kategorien, til å erkjenne at fokuset på det manglar. Denne bevegelsen mellom to ulike posisjonar opnar, slik eg ser det, fleire perspektiv til å ”å-sjå-verda” og ”å-vere-i-verda” for terapeuten. Frå ein posisjon der du ikkje erkjenner valden, til

ein posisjon der vald kan vere ei av mange forklaringar på pasienten sine helseproblem.

”....det er ikke så mange saker her hvor vi snakker om vold, eller hvor jeg for så vidt tror det er vold, altså jeg har ikke drevet så mye med vold rett og slett, ...men altså hadde jeg hadde alle sakene mine oppe så hadde jeg nok kommet på noe, men jeg får ikke så mange saker i hodet egentlig, altså vi har jo fokus på....akkurat somvi har ikke så veldig fokus på det tror jeg” (”Mari”s.2)

På spørsmål om korleis spørsmål om vald vert tatt imot av pasienten seier ”Lise”:

”som regel syns jeg ikke det er noe, ...vi stiller jo også sann som: har du selvmordstanker? Disse spørsmålene som er private,() eller har du noen historier med vold? jeg tenker mer at det er, det er privat og det kan være i noen sammenhenger vi gjør det, og som pasienten ofte ser at det er endel av kartleggingen vi må gjøre, ja...det tror jeg. Men jeg kan nok tenke meg at det ikke er alltid de sier det i en første samtale da, viss det er noe mer som ligger under der”. (”Lise”s.12)

Er det slik at ”Lise” her forhandlar om å ha tillit til at å etterspørre vald rutinemessig har noko føre seg, eller ikkje? Ein får ikkje umiddelbart tak på kva slags vurderingar som ligg til grunn når ho eventuelt vel å stille spørsmål om det. Det er vidare interessant korleis ”Lise” brukar ordet ”privat”. Ho brukar spørsmål om sjølvordstankar som og noko privat ein spør om. Kan det tenkjast at begge desse områda skaper ubehag hos terapeuten fordi ein beveger seg inn på det som er personleg, og at diskursen om privatlivets fred er i arbeid? Å lene seg på diskursen om vald som noko som er privat, har implikasjoner og for kva kunnskap terapeuten er opptatt av å tilegne seg. Ifylgje Helle/ Johannessen vil mangel på eit filter av teori og kunnskap i møte med komplisert problematikk, overlate oss til våre eigne personlege erfaringar og meiningar og vår eiga subjektive oppleving (Helle/ Johannessen 2007). Ei anna side ved dette er mangel på utforsking av språket. Kva er det terapeuten eller for so vidt pasienten legg i begrepet vald? Når ein ser på forkinga til Solveig Bø Vatnar, er ho opptatt av å vere presis når ein etterspør valdserfaring, og viser til at kvinnene oppfattar ulike typer vald som klart ulike fenomen, og kan difor, dersom ein ikkje er spesifikk, unngå å respondere på spørsmål om vald (Vatnar 2009).

”Ulla” uttrykkjer at ho har tru på auka medvit og auka identifikasjon av vald i nære relasjonar dersom det vert innarbeidd som noko ein etterspør rutinemessig. Men ho er opptatt av at det skal inn som ein del av anamneseopptaket. Ho viser til at tidleg i kontakten har ein ei heilt anna distanse: *”man er kanskje ikke så tett vevet sammen”*. Ho snakkar fram ein diskursiv bevegelse der den profesjonelle hjelparen i ekspertposisjon møter hjelpsøklar, medan forholdet hjelpar –hjelpsøklar får ein annan kvalitet etterkvart. Innleiingsvis er *”et slikt krevende spørsmål ikke så betydningsfullt, det er ikke så skummelt å fortelle det, man er ikke så redd for reaksjoner”*, og for seinare i terapien å kunne ta det fram igjen viss det er naturleg, *”uten å presse det videre”*, *”jeg tror nok det kunne være fint at det ikke ble liggende som slike hemmeligheter som blir tykkere og tykkere skall på”*. Terapeuten har her støtte i fleire studier som viser at om du ikkje spør etter vald er det svært sannsynlig at du ikkje får svar (Helle/ Johannessen 2007)

”Kari” er litt meir usikker på om vald bør vere noko ein rutinemessig utforskar:

”viss man skal stille veldig mange slike tekniske spørsmål som synes å ha liten relevans, da, så kan det bli litt problemer med å få tid til andre ting, som kanskje virker mer relevant for den aktuelle personen...men...” (”Kari” s.3)

Kjønnsdiskursen er i arbeid i det ho bekrefter at ho nok etterspør valdelig adferd i større grad når ho møter menn enn kvinner. Det kan sjå ut til at ”Kari” lener seg på stereotypier om valdsutøvar og offer, og samstundes vurderer kva det er relevant å utforske og ikkje. Kvinna vert konstruert som *”veldig forsiktig og stille og har problemer med å markere seg og sette grenser da”*, noko som er uforeinleg etter ”Kari” sitt syn med vald:

”da tenker jeg at da er det kanskje ikke en person som er typisk, har høy risiko for å utøve vold mot andre”, og da spør jeg kanskje ikke om det...men med menn så spør jeg oftere om de noen ganger har slått noen eller vært utagerende...enn på damer da” (ibid s.3).

Her viser ”Kari” til ei erfaring som er annleis enn ”Lise” si erfaring i møte med ein mann som var innlagt på døgnavdeling, og på ingen måte svarte til stereotypien av ein valdsutøvar:

”Det kan være noen som er deprimert, stille, går stille i dørene, tilsynelatende uten noe initiativ, men etter samtale med kone () så kommer det frem at tilstanden er annerledes hjemme” (”Lise” s 14).

Gjennom si forskning stadfester Solveig Bø Vatnar at valdsutsette kvinner ikkje er noko homogen gruppe (Vatnar 2009), på same måte som Marius Råkil gjennom si erfaring i arbeid med valdelege menn gir eit samansett bilete av kven valdsutøvande menn er (Råkil 2002). Viss ein ureflektert held fast ved stereotype idear om vald, valdsutøvar og offer er det fare for at identifisering av valdserfaringar vert vanskeleg.

To av terapeutane på døgnavdeling bekrefter at dei etterspør tidlegare episoder av vald. Men i samtalen kjem det fram at dei er ute etter å avdekke om pasienten kan tenkjast å opptre valdeleg under innlegging. Valdeleg adferd kan diskvalifisere for innlegging i ei opa psykiatrisk avdeling. *”Men det spørsmålet jeg ikke tenker å spørre om er det, er nettopp: har du noengang vært utsatt for vold?”* (”Lise” s.17). Vald vert her konstruert som uavhengig av kontekst. Er det slik at posisjonen som vert bydd ein pasient som har vore involvert i valdelege handlingar er: ”ein gong valdsutøvar alltid valdsutøvar”? Valden vert då konstruert som noko som er ein del av pasienten, og kan finne sin plass innafor både nevrobiologisk og psykologisk forståing. Kanskje foregår den diskursive kampen fyrst og fremst internt i den psykologiske diskursen, med på den eine sida utøvar med alvorleg psykopatologi og på den andre sida traumeperspektivet som konstruerer utøvar som eit offer for ytre livsvilkår? Er det då slik at pasienten vert posisjonert ikkje berre som ein som ikkje har rett til behandling, men som heller ikkje vert tiltrudd å kunne nyttiggjere seg behandling? Alternativt viss ein ser valden som kontekstuell, oppstått under gitte forhold, gir det høve for å vurdere pasienten sin status på ein annan måte?

Diskursen om ”den farlige psykiatriske pasient” kjem og til uttrykk gjennom oppslag i media, t.d. om omfanget av kvinnedrap utført av mann, sambuar eller eksmann dei siste åra. ”Mari” er inne på dette når ho snakkar om at noko av det ”..farligste du kan gjøre er å ha en voldelig eksmann” (”Mari” s. 14). Helsetilsynet presenterer i si Tilsynsmelding av 10. mars 2010 ein gjennomgang av 23 drap som er utført av psykisk sjuke pasientar dei siste fem åra. Av dei er det ein som har utløyst direkte advarsel for brudd på forsvarleg helsehjelp (VG- nett 10. mars 2010) Ein

konkurrerende diskurs til dette er representert ved uttaler frå Truls Fyhn, politimeistar i Tromsø, som vart referert til etter at ein psykiatrisk pasient hadde utført drap på tre personar i Tromsø i 2009: ”Vi har mange tikkende bomber gående rundt” og uttrykte kritikk mot psykiatrien si manglande oppfølging av menneske som er psykisk ustabile (Vårt Land.no, 24.mars 2009). ”Mari” lener seg nok på den siste diskursen når ho seier: ” *det er jo ikke til å holde ut egentlig, at vi skal ta ansvar for alt det, at det går så gærnt...*”. Stemmer i faglitteraturen har drøfta dette fenomenet, og nyare studier viser at det er to til fire gonger høgare risiko for at ein med alvorlig psykisk lidning skal utøve vald (i fylgje Norvoll 2002b) Dette vert likevel ein liten del av valden i samfunnet, og det eksisterer difor eit misforhold mellom risikoen for å bli utsett for vald av menneske med psykiske lidningar, og fokuset på psykiatriske pasientar som valdelege (ibid). Her ser ein ei rolle media tek i høve til å forsterke eller undertrykke diskursar. Dei to oppslaga eg har referert til, var dimensjonert svært forskjellig når dei kom, og viser korleis ein søker å bekrefte hegemoniet av dominerande diskursar i samfunnet i dag (Jørgensen/ Philips 1999).

”Vold er ubehagelig å spørre om”

Dette sitatet er henta frå samtalen med ”Mari”. Seier ho med dette at det er ubehageleg å snakke om vald, for terapeuten, for klienten eller begge? Eg har tankar om at dette er eit ubehageleg tema å snakke om for terapeuten, ikkje minst fordi vi må kjenne på vår eigen utryggleik og behov for å beskytte oss. Med det står vi i fare for å medverke til å forsterke pasienten si skamkjensle, og ugyldiggjere pasienten si erfaring. Psykolog Trine Anstorp set fingeren på dette ubehaget i artikkelen ”Hjelperen i møte med vold og overgrep”(2008). Ho hevder at hjelparen i møte med sterke historier om overgrep automatisk vil beskytte seg ved å stille spørsmål ved truverdet til historiene, som i neste omgang gir ubehag ved å bli usikker på om ein kan stole på det pasienten fortel. Kanskje kan behovet for å beskytte oss og ha samanheng med å beskytte oss mot å ta ansvar? Kunnskap om korleis psykisk lidning verkar på miljøet rundt er velkjent (Thorn 2008). Dersom vi har innsikt i at våre pasientar, barn eller partnaren til våre pasientar lir overlast, er vi i fylgje lovverket forplikta til å gjere noko med det.

Ein annan måte å forstå dette på er, respekten for pasienten sine grenser. Vald er grenseoverskridande, å spørje om det utan at pasienten sjølv inviterer til det kan opplevast som nye grenseoverskridingar. Diskursen om den sårbare og krenkbare pasienten er i arbeid. Den norske professoren i psykologi Hanne Haavind har peika på faren for at personar som søker hjelp etter invasjon i kropp, liv eller integritet, kan bli invadert av hjelparen gjennom det som vert sett på som fagleg forsvarleg behandling, med retraumatisering som resultat (i fylgje Kirkengen 2009). Eller er det diskursen om ”privatlivets fred” som vert sett i arbeid? Diskursen om ”privatlivets fred” er ein langt farlegare diskurs å lene seg mot, for pasienten. Denne diskursen skaper ein posisjon der terapeuten ikkje kan bidra, og pasienten vert overlatt til seg sjølv.

Men ein kan og tenkje at terapeuten her set ord på ein av kulturens tabuer. I møte med skam kan terapeuten kjenne på eiga hjelpeløyse. I samtale mellom meg og ”Mari” kjem det fram at standardisering kan vere til hjelp for å få ubehagelege tema fram, men ”Mari” viser til at terapeuten kan komme i ein posisjon som kan vere vanskeleg å komme ut av, til dømes ekspertposisjonen. Å lene seg til ekspertspråket til fordel for daglegspråket kan føre med seg framandgjerding og distansering til pasienten. (Sjå Wifstad s 39) Faren kan vere at dei språklege nyansane blir borte slik at spesifikke valdserfaringar ikkje vert snakka fram.

”Mari” uttrykkjer i teksten ubehaget ved å vere i ein ekspert- posisjon. Haldis K. Leira siterer Zygmunt Bauman som peikar på postmodernismen sitt etiske dilemma: likesæle. Ho argumenterer for at der kvinnerørsla på 70- talet sette kvinnemishandling på dagsorden, er vi no inne i ei tid med unnfallenhet ovanfor vold (Leira 2002). Kan det tenkjast at det ho tenkjer på her er det same som familieterapifeltet har vorte kritisert for, med sin nøytralitet og kulturellevistiske forståing av samspel i familien (Vatnar 2000). Som ein kan tenkje seg igjen kan begrense kva pasienten opplever det er greitt å snakke om?

4.4 ”ideellt sett burde man sikkert snakke med dem oftere enn man gjør”

I sitatet over får ein inntrykk av at ”Mari” er opptatt av at pårørande til pasientane i for liten grad vert invitert til å delta i behandlinga.

Ho seier vidare:

”...det gjøres jo ikke så mye i voksenpsykiatri, og tradisjonelt har det jo ikke vært gjort i det hele tatt, det har vært tenkt at pårørende har vært skyld i pasientens problemer (), da skal man riktignok langt tilbake, () men hva skal jeg si, vi er sikkert ikke flinke nok” (”Mari” s. 8)

Trass i at både lovverk og retningslinjer vektlegg samarbeid med pårørende (Lov om pasientrettigheter³⁷, Lov om spesialisthelsetjenesten³⁸), er det varierende i kva grad dette vert praktisert. I ein studie av pasienterfaringar ved norske poliklinikkar i 2004, utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, var det 15 prosent av dei spurte som hadde behov for samtaler der dei pårørende deltok, men under halvparten av desse fekk eit slikt tilbod (PasOpp-rapport nr 7-2004). Ein kan undre seg over kva slags diskursiv praksis som kjem til syne i sitatet over. ”Mari” gir uttrykk for at pårørandearbeidet er for dårleg, men samstundes syns eg ho er noko forbeholden når ho bruker ordkombinasjonen: ”vi er sikkert ikke flinke nok”. Kan det vere slik at diskursen om familiens uheldige påvirkning på folks psykiske helse fortsatt eksisterer? Eller er det diskursen frå psykodynamisk tradisjon som vektlegg relasjonen mellom terapeut og pasient, meir enn relasjonen pasienten har til sine omgjevnader? Begge desse diskursane kan begrense oss i å ta i bruk verdifull kompetanse som pårørende representerer. I veileder til Distriktpsikiatriske sentre står det at: ”pårørørende er en viktig del av pasientens nettverk og er oftest en ressurs både i pasientens dagligliv og i behandlingssammenheng” (Sosial- og helsedirektoratet 2006:35). Ein alternativ diskurs kan då vere den systemiske som tek inn over seg at livet vert levd utanfor terapirommet.

Kan dette ha å gjera med preferanse til terapitradisjon? Halldis Hjort viser i si forskning til at norske psykiatarar har langt meir einskapleg preferanse til terapitradisjon enn andre grupper, over 50% av psykiaterane i hennar materiale hadde preferanse til psykodynamisk psykoterapitradisjon (om denne tradisjonen sjå s 37), medan berre 25% av psykologane i materialet hadde det same. Ho viser vidare til at vaksenpsykiatri og privat praksis var dei terapikulturane som var minst mottakelege for påverknad frå andre retningar. Ein viktig grunn er nok at psykiatarar som yrkesgruppe er sterkast representert i desse sektorane (Hjort 2003).

³⁷ Lov om pasientrettigheter LOV-1999-07-02-63

³⁸ Lov om spesialisthelsetjenesten LOV-1999-07-02-61

Med bakgrunn i mitt materialet kan eg ikkje bekrefte eller avkrefte om dette ligg til grunn for at familieperspektivet eller pårørande si rolle er lite vektlagt, men fleire av terapeutane er opptatt av at vi gjer ein for dårlig jobb i høve til pårørande. ”Mari” bekrefter diskursen når ho seier at *”det (å snakke med pårørande, mi tilføyning) gjøres jo ikke så mye i voksenpsykiatri”* (”Mari” s 8). Men samstundes erkjenner ho at denne diskursen byr på mangler i høve til kva posisjonen gir oss av kjennskap til pasienten: *”jeg ser på en måte hvor skremmende lite vi kan se av en pasient som sitter poliklinisk i stolen din”* (”Mari” s 9). Implisitt kan det her liggje eit ynskje om å møte pårørande meir, og utryggleik på om potensialet i møtet med pårørande vert nytta.

Komparentopplysningar er eit begrep som vert brukt om å innhente opplysningar frå nære pårørande. Komparent tyder oversett til engelsk ”supplemental information”, som igjen kan omsetjast til utfyllande/ supplerande informasjon³⁹. Det kan vere fleire moglege tilgangar til ny informasjon og ny kunnskap om pasienten. Tilbyr terapeuten ein posisjon der pårørande skal bekrefte allereie eksisterande hypotesar, eller vert det gitt opning for at ny mening og innsikt kan skapast i møte mellom terapeut, pasient og pårørande? ”Sofie” gir slik eg ser det uttrykk for eit kunnskapssyn som støtter opp under synet om at pårørande kan bidra med å fylle inn ”hull” for å komplementere/ bekrefte kunnskap når ho seier at:

”ellers så er det jo komparentopplysninger, det prøver vi å få inn()Det er da særlig de som ikke har så mye historie i apparatet(), da kan det ofte være greit å høre fra de som er rundt”.
(”Sofie” s 3)

Meiner ho med dette at for dei pasientane som har ”mykje historie i apparatet” er pårørande mindre viktig? Eg synes å lese her at informasjonen vert sett på som statisk og allmenngyldig. Det er vanskeleg å sjå at pårørande i seg sjølv vert oppfatta som ein medspelar, deira bidrag er å supplere den allereie dominerande historia. Det er slik eg ser det lite plass for at fleire historier kan bli fortalt.

”Ulla” byr pårørande ein alternativ posisjon:

³⁹ Wiktionary 28.03.10

”jeg har hatt litt sånn rutine med alle nye pasienter som jeg jobber med over tid at jeg ønsker meg som terapeut å ha pårørende inne, istedenfor å si at de kan få lov å ønske seg å ha med pårørende eller at pårørende kan ønske seg, så sier jeg at det er viktig for meg. Og at de kan selvfølgelig nekte det, men viss de ikke har noe helt spesielt imot det, så vil jeg gjerne at vi får til det”. (”Ulla” s 5)

Terapeuten tek ansvar både for den vansken det er å ta stilling til om ein skal involvere sine pårørende, og ho tek ansvar for den krevjande øvinga det er for pårørende å komme til time. Ho tek slik eg ser det inn den systemiske diskursen ved at ho formidler tydeleg at for å forstå pasienten sin situasjon, må ho gjere sitt observasjonsfelt større ved å spørje etter erfaringar frå fleire i familien. Ho tilkjennegir at pasienten lever i ein kontekst, som er vesentleg å kjenne for å hjelpe. ”Ulla” uttrykker vidare intensjonen sin slik:

”å bidra til større forståelse med bedret kommunikasjon mellom pårørende og pasient. Så får jeg veldig ofte sånn tilleggsgevinst at jeg får vite litt mer om pasienten”. (”Ulla” s 6)

og bidreg etter mitt syn til å skape rikare historier om pasienten (Lundby 1998).

Erfaringar med å invitere familien til samtale byr på utfordringar. Andre historier om pasienten kjem til, men og informasjon som terapeuten må ta stilling til og kanskje ta ansvar for. ”Lise” fortel om ein pårørende som fortalde om ei heilt anna adferd heime enn det som vart presentert i sengeposten. Det satte personalet i eit dilemma, korleis stille seg til informasjon om vald i familien når dette ikkje er informasjon pasienten sjølv kjem med? Her kan vala bli svært forskjellige avhengig av kva diskurs ein lener seg på. Tek ein i bruk diskursen om vald som kriminelt og straffbart, og valdsutøvar som nokon har rett til å bli beskytta imot, kan ein ikkje vere i tvil om at denne kunnskapen må delast for å kunne gi hjelp både til valdsutøvar og til valdsutsatt for å få ein stopp på valden. Tek ein derimot i bruk diskursen om privatlivets fred eller beskyttelse av individet i behandling, er det vanskeleg å handle på vegne av pårørende. I denne aktuelle saka var posisjonen til behandlingsmiljøet uklar då dette dilemmaet nyleg var kome fram, men i refleksjonen til deltakaren gjekk det føre seg ei forhandling om desse ulike posisjonane. Under tek eg med eit utdrag frå intervjuet for å vise korleis terapeuten forhandler mellom ulike posisjoner i høve til dei skisserte dilemmaene. Det er grunnlag for å tru at dei ulike diskursane vert sett i arbeid ved

liknande dilemmaer, og at det iverfall kan vere med på å forsinke tiltak som kan bidra til å stoppe valden.

Sissel: eg får ein tanke om at du tenker at her har de eit ansvar, er det riktig eller?

”Lise”: ja, det er et godt spørsmål. Ja, jeg tenker at så fort vi sitter med den informasjonen og har pasienten i behandling, () og hun har fortalt det, () da har vi med engang en type ansvar for å hjelpe dem videre, men det er jo selvfølgelig, og det kommer også an på hva slags pasient vi har med å gjøre. Er det en pasient som er ansvarlig for egne handlinger? Eller er det en pasient som ikke er det, som er alvorlig psykisk syk? Det er jo vurderinger vi også må ta i forhold til videre oppfølging da. Men at vi må tenke noe om det, mene noe om det og vurdere det, det mener jeg at vi må.

Sissel: mm, kva skulle de eventuelt gjere med det, viss fks det er barn inne i bildet? Viss pasienten benekter dette, kva ansvar har de då, tenkjer du?

”Lise”: viss det er barn inne i bildet, og vi vet at det foregår vold, spesielt mot dem, er det det du tenker på da?

Sissel: ikkje nødvendigvis..

”Lise”: ikke nødvendigvis, nei men hjemme? Nei men da tenker jeg at vi har et ansvar om å, veldig viktig at vi tematiserer det, oghm....at vi kanskje setter opp noen alternativer videre, og at siste instans blir å kontakte barnevernet, og at de vet det, slik at det blir noen valg de må ta mens de er her, tenker jeg.nå snakker jeg mye, jeg snakker mye utifra hva jeg tenker og ikke så mye utifra hva som er retningslinjene her, for det er jeg fremdeles ikke sikker på i alle tilfeller og jeg ville jo i første omgang tatt det opp til diskusjon og hørt andre synspunkter da. Men umiddelbart er det det jeg tenker selv som kommer ustrukturert frem her. (“Lise” s.14-15)

”det har blitt ofra mange barn på det alteret der”

Fleire av terapeutane i intervjuet er opptatt av barna til pasientane dei møter, men erkjenner samstundes at det er ein lang veg å gå før ein kan seie seg fornøgd med korleis ein tek vare på barna sine behov i psykiatrien. I sitatet under vert det konstruert ei forståing av at alliansen til pasienten vert skadelidande viss ein vel å ta vare på barna. Barna sitt og pasienten sitt beste vert konstruert som konkurrerende diskursar. I Helsepersonellova (Lov av 2.juli 1999, nr. 64) er vi forplikta til å melde frå til Barnevernet dersom vi har mistanke om at barn lir overlast. Det er grunn til å stille spørsmål ved om denne plikta er under press når diskursen om barna sitt beste er i kamp med diskursen om pasienten sitt beste.

”..vi er jo der for å hjelpe pasienten og opparbeider et tillitsforhold og en god allianse med pasienten, og det blir jo nødvendigvis svekket da, ved at vi blir nødt til å varsle, men det er jo plikten vår, så det er et dilemma, det er noe vi må ta, og hensynet til barna()står veldig sterkt, så det..., vi er pliktig til å gjøre det” (”Lise” s.9)

Her vert dilemmaet til terapeuten tydelig ved at ein får ei kjensle av at terapeuten opplever at ho svikter pasienten ved å ha omsorg for barna. Ein kan få inntrykk av at relasjonen mellom terapeut og pasient vert vurdert som meir vesentlig enn relasjonen mellom pasient og pårørande? For å bevare ein god relasjon til pasienten unngår ein å stille spørsmål ved kva forhold barn lever under, og gløymer relasjonen mellom pasienten og deira barn. Det er liten grunn til å tru at psykiatriske pasientar ikkje er opptatt av barna sitt ve og vel, og ein slik praksis kan byggje opp under forestillinga om at terapeuten er den einaste som veit kva som er best for barnet. Her trer diskursen om den sårbare pasienten som treng beskyttelse fram, implisitt i det ligg mangel på tru på at pasienten er i stand til å vite kva som er best for barnet, eventuelt midlertidig ute av stand til å vurdere det.

”Lise” lyfter fram eit anna dilemma i psykiatrisk behandling: Er pasienten utifrå eit medisinsk og rettsleg synspunkt ansvarleg for sine egne handlingar? Leer- Salvesen som har arbeidd mykje med vald og skyld, oppfordrar psykiatrien til å vere forsiktig med spørsmålet om utilreknelegheit. Når ein seier at nokon er utilrekneleg og ikkje kan stillast til ansvar for sine handlingar, så tukler ein med urgamle tema knytt til det å vere menneske (i Bøe, Thomassen 2000). *”En bør ivareta ethvert menneskes rett til å vere skyldig, for i denne ligger dets menneskelighet og frihet:”* (Bøe, Thomassen 2000:258) Spørsmålet om tilrekneligheit kan vere aktuelt i høve til rettslig prøving og eventuell straff, men det må ikkje kome i vegen for ansvaret for å stoppe valden, og rettferdiggjjer ikkje at valden får fortsette.

Statistikken over kven som melder til barnevernet syner ein praksis som ikkje harmonerer med diskursen om ikkje ansvarlege foreldre. I ei oversikt over kven som melder bekymring til barnevernet er foreldre/ føresette den største gruppa. I 2008 stod denne gruppa for 18 prosent av dei meldte sakene til barnevernet (Statistisk sentralbyrå sine nettsider 6.juli 2009), medan lege/ sjukehus stod for fem prosent. Forskar Kari Killen hevdar i ein artikkel i tidsskriftet: ”Voksne for barn” at

idealisering av foreldreskap har gjort det vanskeleg å vere open om problem, og vidare at ”supermammaen” som til ei kvar tid er tilgjengeleg for barnet sitt nok ikkje finst (Vea, 2009).

Viss ein går utifrå at pasienten er kompetent som forelder, vil ein då kunne møte foreldra si eiga bekymring meir fordomsfritt? Å gyldiggjere pasienten sine erfaringar gjennom å ta ansvar for at det er noko som vert snakka om er Haldis K. Leira opptatt av i si bok ”Det gode nærvær” (2003). Skam og tabu er baksida av å ikkje snakke om det, hevdar ho. Her står pasienten i fare for å bli satt i ein posisjon der kvardagsdiskursen om ”den gode forelder” vert satt i arbeid, og samtalen om kva som kan vere til hjelp for akkurat dette barnet vert underkjent. ”Liv” peikar på faren ved at vi som terapeuter kan generalisere og bagatellisere kva som er god nok omsorg for barn, for *”vi har jo alle opplevd å komme til kort”* (”Liv” s.10). Ho siktar slik eg ser det til våre personlege erfaringar som foreldre, og lener seg på allmenngyldige diskursar der standarden for kva som er god nok omsorg vert overlatt til den einskilde terapeuten si personlege erfaring. ”Mari” tek ein annan posisjon til denne problemstillinga når ho seier at:

”Mari”: ”jeg tar tak i bekymring for ungene, jeg syns at vi skal være bevisst og heller melde en gang for mye enn en gang for lite, for det er ikke jeg som skal vurdere om det er omsorgssvikt, og det kan jeg nødvendigvis heller ikke...”

Sissel: nei?

”Mari”: jeg er ikke der og ser ikke, det må noen gjøre som har mandat til å komme hjem, snakke med skolen, barnehagen og undersøke barna, det har ikke jeg mandat til. Jeg ser på en måte hvor skremmende lite vi kan se av en pasient som sitter poliklinisk i stolen din, hvor utrolig mye vi ikke ser av den pasienten. (”Mari” s.8)

Samfunnet sine diskursar om foreldrerettar er sett under press siste tida gjennom artiklar i t.d. Aftenposten (Kjetil Østli, A- magasinet, 12.mars 2010). Det vert stilt spørsmål ved rettsvernet til barn, når foreldre igjen og igjen kan ”trø feil” utan at det får konsekvensar for deira rettar til å vere foreldre. Solveig K. Vatnar stiller spørsmål i ein artikkel i Fokus på familien frå 2000: kan vi bli so opptatt av alliansen til klienten at barna sine rettar vert ofra? Per Isdal peikar på det same når det gjeld psykiatrien. Han seier at psykisk helsevern fortsatt er individorientert, og har etter

hans syn mindre evne til å hjelpe familiar med t.d. valdsproblematikk (Isdal i samtale med Ingebriktsen, 2007).

Barna si oppleving av tryggleik, tilfredshet og nok omsorg er sterkt knytta til foreldra sin livssituasjon. Forsking understrekjer kor alvorlege konsekvensane er for barn som lever med vald i familien (Felitti 2009). Sjølv om valdsutøvar og valdsutsette elskar barna sine og ynskjer å beskytte dei, vert begge foreldra mindre tilgjengelege både mentalt og emosjonelt når det vert utøvd vald i heimen. Frykt for vald reduserer i tillegg deira generelle omsorgskompetanse (Middelborg m fl. 2007).

Frå 1. januar 2010 er helsepersonell pålagt å bidra til naudsynt informasjon og oppfølging av barn (Lov om spesialisthelsetjenesten, endring trådt i kraft 1.1.2010), der foreldre er under behandling for anten psykisk lidelse, rus eller alvorleg somatisk sjukdom. Det inneber at sjukehus og andre delar av spesialisthelsetenesta skal ha personell med ansvar for å koordinere og fremme arbeidet med pasienten sine barn. Kan ein alternativ diskurs vere at foreldra sjølv faktisk er bekymra for sine barn, og at relasjonen til pasienten ikkje er so utsatt når foreldre får høve til å samtale om viktige relasjonar i livet sitt?

4.5 Diskursar om vald

”Hvor de liksom kranla og slåss litt”

Under intervju har eg ikkje invitert deltakarane til å presentere kva dei legg i begrepet vald i nære relasjonar. Det kan ein tenkje er ei svakheit ved undersøkinga. Men eg håpa ved det å få eit innblikk i kva måte terapeutane utforska eit begrep som vald, og tenkjer meg at det kan relaterast til korleis terapeutane utforsker begrep eller tek ting for gitt i møte med pasienten. Her vil eg vise til eksempel frå teksten på at når valden ikkje vert definert, opplever ein gråsoner. Å utforske konstruksjonar som direkte og indirekte kan handle om vald er viktig for å identifisere vald.

Gjennomgåande konstruerer terapeutane vald som ulike former for fysisk vald. Kunnskap om familievald og ulike typer overgrep frå tilknytingspersoner er veldokumentert (Anstorp/Benum/Jacobsen 2006), og vi veit at slike erfaringar får alvorlege konsekvensar for dei som er involvert og for samfunnet forøvrig (Felitti

2009 McFarlane/Kolk 1996). Unntaket frå dette er "Liv" som er den som er mest opptatt av å utforske språk og mening:

"en kan skille mellom den fysiske volden som på en måte er lett å forkaste, mens den mer subtile, verbale volden, som kan gå på at man er aggressiv, har en måte å forholde seg på, at man liksom er sint, bråkete, støyende, ja skremmende da. Men samtidig være lavmælt og snill i andre sammenhenger, som gjør at det blir en balansegang mellom å holde vedkommende blid, () holde han fornøyd, eller noen ganger virkelig gå i konflikt" ("Liv" s. 2)

Det kan sjå ut til at fleire av terapeutane konstruerer vald i nære relasjonar som noko anna enn det dei møter hos traumeutsette. Kanskje kan det handle om at dei trur eg etterspør pågåande vald i nære relasjonar, og ikkje konsekvensane av vald som dei i stor grad har mykje erfaring med. Det kan og forklare at hos mange var den fyrste tanken at vald i nære relasjonar ikkje er noko dei er so kjent med. Ein måte å sjå dette på er at eg som intervjuar heller ikkje har bidratt nok til samskaping av ei felles forståing av valdserfaring.

"Mari" har erfaring frå familivernet og viser til dette når ho seier:

"jeg vet at når jeg begynte i min første jobb som psykolog i familievernet så hadde jeg en runde på det med vold, faktisk, det er vel mest den runden jeg har hatt" ("Mari" s 1)

Når ho utdjuper kva ho legg i "*en runde på det med vold*", er ho opptatt av å avlære seg den psykodynamiske diskursen om at kvinnene i valdelege forhold repeterer uheldige samspelsmønster, gjennom å oppsøke nye valdelege forhold. Her er ho opptatt av å posisjonere seg og kvinna i høve til ansvar, og understrekkjer valdsutøvarens ansvar gjennom å kriminalisere valden. Her vert to konkurrerende diskursar presentert, den juridiske som konstituerer valdsutøvar som kriminell, og den psykodynamiske som konstituerer kvinna som medskyldig i at vald vert utøvd. Slik ho snakkar det fram i denne delen av teksten, får ein inntrykk av at diskursen om kvinna som medansvarleg er tilbaketrukk, men seinare i teksten konstruerer ho den valdsutsette som "*...dette med Borderline⁴⁰, ustabil personlighetsforstyrrelse, ofte når*

⁴⁰ Borderline er innanfor diagnosesystemet ICD-10, karakterisert som ein underkategori av ustabil personlighetsforstyrrelse, kjenneteikna av impulsivitet, manglande sjølvkontroll, uklar og forstyrra sjølvbilet, mål og indre verdiar (WHO 1992).

jeg hører en sånn historie med rus og selvskading og slår og, det er en sånn pakke liksom” (”Mari” s 12). Eg tolkar dette som at diskursen om kvinna som medskuldig og delansvarleg for valden fortsatt er i arbeid. Det reduserer ansvaret hos valdsutøvar, som innafor ein psykologisk diskurs kan bli konstruert som også eit offer på bakgrunn av traumer i eige liv. Etter mitt syn er det viktig å skilje mellom diagnosar som forklaringar til vald presentert som ei sanning, eller diagnose som eit verktøy for å samskape meining (Mosgaard 2007). ”Mari” er sjølv inne på dette når ho i teksten er inne på at *”diagnoser på mange måter kan bli selyforklarende”*. Slik eg forstår ho, er ho bekymra for at vi som terapeutar mistar noko av interessa, engasjementet og nysjerrigheten til det einskilde mennesket, og gløymer å vere opptatt av det som Lundby kallar rike historier om pasientane (Lundby 2003).

Asbjørn Ulvestad er opptatt av det han kallar repetisjonsmøter eller refleksjonsmøter i møte med ”gjengangarar” i hjelpeapperatet (Ulvestad 2002). Slik eg forstår han, ser han på reflekterende prosessar inspirert av Tom Andersen som særskilt eigna i møte med pasientar der problemmetta historier har fått dominere. I møte med ”gjengangarar” står vi som behandlarar i fare for at blikket kviler på det som allereie er kjent. Gjennom reflekterande prosessar kan ein utfordre eigen blindskap og fordommar og ta del i andre sin blindskap og fordommar, og forståing kan forhandlast fram lokalt i kontekst (ibid). I samtale med deltakarane i intervjukonteksten opplevde eg at felles refleksjonar fekk meg til å tenkje nytt om ting eg tidlegare meinte eg hadde gjort meg opp ei meining om, anten direkte eller seinare i møte med det transkriberte materialet. Fleire av terapeutane tilkjennega ei liknande erfaring, som til dømes ”Lise” som i løpet av samtalen vart merksom på at ho i liten grad etterspør om pasienten er utsett for vald.

”ja, det blir nå først klart for meg når du sier det, det med å spørre: har du noen gang vært voldelig? Med tanke på: er det noe vi trenger å frykte her? Men det spørsmålet jeg ikke tenker å spørre om i stor grad er () nettopp: har du noen gang vært utsatt for vold? (”Lise” s 17)

Felles for fleire av deltakarane er at det er uklart i kva grad pågåande vald vert utforska. Det kan ha med meg som intervjuer at eg i liten grad inviterte til å snakke det fram, men eg trur det handlar vel so mykje om at ein tek for gitt at ein har eit ”fellesskapsspråk” (Andersen 2006). ”Mari” konstruerer vald i eit forhold til ein av

sine pasientar ”*hvor de liksom krangla og slåss litt*”, og eit anna døme ”*..og at en som har fått en ørefik eller noe*” . I det fyrste dømet er eg usikker på kva slags posisjonar som vert tildelt. Både utifrå ein læringsteoretisk modell og ein sosial modell kan ein tenkje at dette er eit uttrykk for lært meistring, gjennom prøving og feiling og sosialisering, og/eller strukturelle forhold (Vatnar 2000). Det kan vere på denne måten problem eller konflikhtar vert løyst i samspelet, og uttrykk for eit begrensa handlingsreportoar (Monsen 1991). I spørsmålet om vald avlar vald har auka kunnskap ført med seg ei mindre deterministisk forståing enn ein tidlegare trudde. Forskingsresultat viser at å vere utsett for vald i barndommen ikkje nødvendigvis fører til ei valdeleg karriere (Skjorten 1994). I tillegg er det ein stor andel av valdsutøvarar som ikkje har vore utsette for vald i barndommen (ibid).

”*Hvor de liksom krangla og slåss litt*” kan og få ein til å tenkje at dette er konstruert som ein likestilt relasjon, og at begge partane er ”like ille”. Mishandlingsrelasjonar kan aldri vere likestilte i fylgje Råkil (Råkil 2002), mishandlingsrelasjonen er prega av den føydale kjønnskoden, mannleg dominans og kvinneleg undertrykking. Det er vanskeleg å sjå vekk ifrå at vald må sjåast i eit makt-perspektiv, og både kriminalitetsstatistikken og politirapportar bekrefter ubalansen i makt mellom kvinner og menn (Isdal/ Råkil 2002). Bøe/ Thomassen (2000) har eit anna perspektiv relatert til psykiatrisk behandling. Tvangstiltak og restriksjonar som pasientar som kan tenkjast å utøve vald kan bli møtt med, kan innebere ei degradering og dehumanisering av pasienten som igjen kan fremme avmakt og gi opphav til aggresjon og vald (ibid). Vatnar (2009) understrekar i si forskning at valden og valden si meining er mangfaldig. Faren ved å ikkje utforske valden er at ein for det fyrste kjenner til kanskje berre ”toppen av isfjellet”, ein får ikkje inntrykk av kva meining pasienten tillegg valden, og ein unngår å anerkjenne verdifull erfaringskompetanse som pasienten presenterer.

Begge sitata over gir inntrykk av å bagatellisere vald. I neste sitat vert ekspertdiskursen sett i arbeid og konstituerer kva som er viktig og ikkje viktig å utforske. Mange av dei pasientane vi møter, vil kanskje vegre seg for å kalle voldelige eller trugande hendingar for vald, men heller omskrive det til krangling, dytting, dulting, ”pirking”. Dette bekreftar fleire (t.d. Råkil 2002, Vatnar 2009). For den valdsutsette kan det handle om skam over å akseptere eller finne seg i denne type

adferd, og for valdsutøvar kan det handle om ei smertefull oppleving av å ha forårsaka liding hos den ein er glad i. Uttrykket ”litt vald” gir inntrykk av at terapeuten er den som veit kva som er alvorleg nok, trass i at ho ikkje forsøker å gjere det implisitte meir eksplisitt, som det neste sitatet viser:

”man prøver kanskje å finne en eller annen årsak, årsaker til problemene på en måte, og i den grad, det er litt sånn vold her og der, viss det er sånn litt, liksom, at det blir mer som sånn.....støy på en måte altså, ..., det blir ikke nødvendigvis forfulgt”(”Mari” s.13)

”Liv” uttrykkjer spesifikt at ho er opptatt av det språkleggjorde, å utforske begreper og tatt- for- gitt- heter. Ho spør t.d: ”*hvordan krangler dere?*” Å utforske meining gjennom språket, eit tema som etter mitt syn ofte er ei utfordring i terapi generelt, men i samband med dette temaet spesielt. Prosjektet ”Tryggere barndom” ved Østensjø familievernkontor støtter dette: ”*Når paret forteller at de krangler, spør vi alltid detaljert om hvordan de krangler, hvem som gjør hva og utfall av krangler*” (Middelborg m fl 2007). I høve til bagatellisering som vi veit vald i familier er til del, er det alvorleg å ikkje utforske det som implisitt kan seie noko om erfart vald.

Å ikkje tematisere vald som vi møter i terapi, kan føre til at terapeutar er meir utsett for at ureflekterte diskursar arbeider i terapien (Leira 2003), t.d allmenngyldige diskursar og diskursar som vert oppfatta som ”sunn fornuft”. Når Lisbeth Salander i krimtriologien av Stieg Larsson utset ofra sine for utspekulert og torturliknande vald, ser vi det som eit rimeleg utslag av det ho sjølv har vore utsett for. Nødverge innanfor kriminologien er og ei legitimisering av ei viss form for vald. Vald i forsvar er legitim, mens åtaksvald er illegitim (Fjeldheim 2006). Men når definerer vi ei handling som vald? Er det å ta hardt i armen vald? Eller å skrike til ein person. Eller skal det vere synlige fysiske teikn på overgrep? Korleis definerer vi slag eller klask? Kva inneheld den stadig gjentagende kranglinga som mor og far er del av? Dette kan vere eit dilemma når ein t.d. etterspør vald som ein del av eit standardintervju, men lettare å utforske når ein er ute etter kva betydning erfaringane har i eit menneske sitt liv. Solveig K. Vatnar fann i si doktorgradsavhandling (Vatnar 2009) at fysisk, psykisk og seksuell partnervald vart opplevd og vurdert som klart ulike fenomen. I ein presentasjon på ”Nordisk konferanse for vold og behandling” i Oslo i 2009, viste ho til to uttaler frå kvinner ho hadde intervjuet. ”Dette har ingen spurt meg om før, og da

tenkte jeg at det ikke var så viktig å fortelle om det heller”, og ”Det med seksuell vold virker det ikke som noen tør å spørre om engang, og hvordan skulle jeg tørre å fortelle om det da?”.

”Ulla” set fingeren på dette når ho begrunnar sitt syn på at det er viktig å stille direkte spørsmål om vald. Ho gir eit eksempel som ytterlegare strekar under korleis det kan opplevast at viktige ting i ein pasient sitt liv ikkje vert gyldiggjort. På spørsmål om ein pasient hørde stemmer, svara han: ”det var veldig rart”, sa han..”at du spør om det”....”jeg har tenkt at ingen var så opptatt av det jeg”....”det er ingen som har spurt meg om det, men det har jeg gjort veldig lenge”(i samtale med ”Ulla” s 11). Det er mange måtar å forstå dette på. Men kan det vere tabu som frå pasienten sin posisjon stoppar han i å snakke om det som opptek han, og frå terapeuten sin posisjon stoppar ho i å spørje om det som kan vere viktig for å forstå plagene til pasienten? Å høyre stemmer, å vere utsett for vald eller utøve vald er eksempel på fenomen som mange ikkje so lett snakkar om. Halldis K. Leira (2002) er opptatt av å undersøkje tabuer, og hevdar det i seg sjølv er motstandsgenererande. Det handlar då ikkje berre om terapifeltet sin motstand mot å ta inn over seg vald og overgrep, men om djupt forankra kulturelle tradisjonar i samfunnet (sjå og teori s. 40)

”det er ikke til å forstå at hun blir værende”

Som fagpersoner nyttar vi oss av rådande diskursar i samfunnet, og sitatet henta frå intervjuet med ”Liv”; ”det er ikke til å forstå at hun blir værende”, er ein av dei. Den tillegg kvinna i stor grad ansvaret for å stoppe valden. ”Kvifor går ho ikkje?”. Eit spørsmål som sjeldan vert stilt er: ”Kvifor går han ikkje?” Når eit forhold er so vanskeleg å leve i at han må bruke vald, kan han då ikkje ta ansvaret for situasjonen og gå? Dette ville vere eit spørsmål som i større grad plasserer ansvaret der det høyrer heime (Askeland/Strand/Sætre 2002). Spørsmålet ”kvifor går ho ikkje” er ein parallell til å stille spørsmål ved kvinna sitt ansvar for korleis ho går kledd i høve til fare for valdtekt, og diskursar som ofte vert reflektert når slike saker vert gjengitt i media. Per Jensen peikar i sin doktorgrad på at terapeuter ikkje er nøytrale, men har med seg både private og profesjonelle erfaringar i møte med pasienten. (Jensen 2008). Det at temaet ”vald i nære relasjonar” er underkommunisert i psykiatrien kan ha den

konsekvensen at kunnskap om konsekvensane av valden er for dårleg forankra i oss terapeutar (NOU 2003 nr.31).

4.6 ”...de blir jo ikke friske likevel..”

”Liv” snakkar fram dilemma i høve til endring.

”jeg tror nok at for min del så er det faktisk, det har noe med den sosionomske bakgrunnen i at ”jeg vil at folk skal rydde opp sjøl”, det er ikke slik at ”jeg skal ordne opp for de”, det å komme dit hen at jeg ordner opp sjølv er viktig da, og det kan hende at det kommer i veien for noe som er trygghet og sikkerhet, det er mulig. Det er ikke bra nok å vente på at folk skal klare det sjølv, det kan hende at i noen situasjoner må en hjelpe folk mer enn som så. (”Liv” s.12)

Terapeuten er opptatt av ein rådande diskurs innanfor terapi-feltet (Andersen 2006), ynskje om endring må kome frå pasienten sjølv. Terapeuten ynskjer ikkje å meine for mykje om kva som er riktig. ”Jeg har ikke lyst til å ta over problemet” (”Liv” s. 12). Terapeuten reflekterer over om dette kan hindre oss i å handle for å sikre tryggleik i møte med vald. Diskursen kan stå i vegen for å gjere noko aktivt for å hindre vald. Spenning oppstår mellom umyndiggjering og sjølvstendiggjering. Oddli og Kjøs (1998) er opptatt av det moralske ansvaret terapeutar har i terapi. Dei lener seg på moralfilosofen Emmanuel Levinas når dei hevdar at ein som terapeut ikkje kan unndra seg at ein er i ein maktposisjon i høve til klienten. Å sjå den andre sitt ansikt⁴¹ betyr at ein erkjenner den forpliktinga det er at den andre sitt ve og vel er avhengig av eins eigne valg. Dette er eit diskursivt alternativ til det sosialkonstruksjonistiske idelaet som fokuserer på prosessen, men ikkje på produktet endring. Det moralske perspektivet stiller slik eg ser det spørsmål ved; om ein som terapeut kan sjå på at pasienten vel destruktive løysingar for seg?

”Liv” forhandlar her mellom to diskursive posisjonar: for det fyrste at pasienten ”må ordne opp i livet sitt”, og for det andre om terapeuten kan tillate seg å ta meir ansvar for dei vala som pasienten står ovafor. Å bruke tid på å arbeide fram endring kan vere ein risiko for pasienten, og eit etisk dilemma for terapeuten, dersom valden er pågåande. I materialet kjem det fram lite praksis på å tilby hjelp utover det

⁴¹ Med ”ansikt” er det her ikkje snakk om fjeset til den andre, men at ein tek inn over seg den andre sin ”tilstedeværelse”, uavhengig av fysisk nærleik (Oddli/ Kjøs 1998)

samtaleterapi kan bidra med. Under fortel "Kari" om ein kvinneleg pasient som ho hadde kontakt med som illustrerer dette.

"Kari": en pasient som jeg hadde, hadde vært samboer i mange år med en fyr, og sa at det var ikke noe godt forhold, ho hadde ikke trivdes med det da, ho sa jo etter en stund at han, eller kanskje jeg husker feil, jeg tror ho sa at han hadde slått henne, og ville ha sex med henne når ho ikke ville og, at ho på en måte godtok det da selv om hun ikke ville....men i den terapien jobba vi mye med selvbildet og sånn, og følelsmessige problemer her og nå, sånn at jeg tok på en måte mot det når hun fortalte det, men jeg gikk ikke veldig for å spørre etter ting på det området

Sissel: tenkjer du at det hadde nokon relevans slik i forhold til sjølvbildet for eksempel?

"Kari": jeg tenker at, ja det hadde nok relevans, men jeg tenker sånn at de viktigere årsakene lå lengre tilbake i tid da, i hennes oppveksthistorie, at ()vold i samboerrelasjonen var mer symptom på et selvbildeproblem som allerede fantes da

Sissel: var det tidlegare krenkelsar i hennar historie da?

"Kari": ja ..omsorgssvikt

()

"Kari": jeg spurte jo etter hvilke problem ho ønska hjelp med, og da med fokus på indre følelsmessige problemer, og da begynte jo ho både å snakke om hvordan ho forholdt seg til andre mennesker, og hvordan ho forholdt seg til seg sjøl, og hvilke erfaringer ho hadde med andre mennesker. Så jeg tenker at de tre tingene hang sammen, og da nevnte ho også negative erfaringer ho hadde med den samboeren da, uten at ho gikk veldig i detalj på det

()

"Kari": Hvor..altså...det er en dame som kanskje har levd lenge med det og tilpassa seg å leve med vold, og som har veldig svekka kritisk forståelse av at det ikke er greit da, eller at det går an å si nei...og hvor da det at jeg jobber med å bevisstgjøre pasienten på at dette ikke er greit, at det kan øke hennes motstand mot mannen som igjen fører til at hun blir utsatt for mer vold. Sånn at viss hun da har reelle svekka muligheter for å leve på egenhånd utenfor forholdet, så kan det bli å brenne en bro samtidig som du ikke har noe annet å gå til da

S: ja, kva gjorde du da?

D5: i den situasjonen?

S: ja?

"Kari": ()det ble litt sånn ()jobbe i den litt sånn vanskelige situasjonen da, hvor jeg prøvde å bevisstgjøre henne, og ()hun var veldig med på min tankegang i timene, men gjorde ikke det hjemme, og noen ganger prøvde hun vel å gjøre noen ting, men da ble det litt verre da, at mannen ble vanskeligere å ha med å gjøre ()også slutta jeg i den jobben og måtte avslutte saken, og da () jeg trur ho fikk en annen behandler etterpå, og etterpå vet jeg ikke hvordan det har gått"

("Kari" s.7-8)

Terapauten sine refleksjonar etter denne erfaringa vart ikkje følgt opp i intervjuet. Her erfarer terapeuten at ho gjennom individuell forståing og tilnærming, skaper endring som får konsekvenser systemisk. Mannen responderer på kvinna si auka sjølvstende, med å bli meir aggressiv, maktbalansen vert forstyrra (sjå teori s. 39). I intervjuet elles gir "Kari" lite uttrykk for erfaring med å arbeide med relasjonane direkte, ved å invitere til par- eller familiesamtaler. Slik eg ser teksten, har ho det til felles med dei andre terapeutane på døgnavdelinga. Men ein kan sjå ein annan praksis i høve til å invitere pårørande inn i avdelinga, enn det som kjem fram i materialet frå poliklinikken. *"Men det hender jeg er med på samtaler som avdelingsmiljøet har tatt initiativ til"* (s.6). "Kari" konstruerer vald som konsekvensar av indre psykologiske mekanismar, og lener seg med det på ei tradisjonell psykodynamisk forståing. Ho unngår med det å ta stilling til pågåande vald, og pasienten vert gitt ein posisjon der det er opp til ho sjølv om valden skal opphøre. Som terapeut kan eg tenkje meg at denne erfaringa vert motsetningsfylt, den hjelpa eg tilbyr gjer situasjonen verre for pasienten. Kva gjer ei slik erfaring med terapeuten? Vert ho meir forsiktig med å etterspørje vald? Forheld ho seg til det på ein annan måte? "Kari" fortel vidare om ei anna erfaring med ein mann ho mistenkte kunne vere valdeleg heime, der hennar eiga uttrygggleik gjorde at ho let vere å snakke om vald i samtalen. Kan det hende at erfaringa med å ikkje vere til hjelp gjorde at ho vegra seg?

"men jeg ble vel litt sånn unnvikende der da, både overfor å spørre hvordan han var overfor sine familiemedlemmer og overfor å stille han konfronterende spørsmål i timen, i frykt for () hva han eventuelt ville gjøre mot meg, og han gjorde jo ikke noe, men jeg følte meg ikke helt trygg" ("Kari" s 12)

Terapeuterfaringar er med oss i nye terapeutiske samtalar, og er ein del av det som former oss i møte med pasienten. Den franske filosofen Ricoeur har sagt: "det vi forteller om, finnes ikke lenger, men er allikevel til stede i nåtiden, som spor" (i fylgje Torsteinsson 2002). Eileen C.Lund har forska på terapeutar sine reaksjonar i møte med traumatiserte klientar. *"Det er det å ikke kunne være til hjelp som setter oss som er hjelpere aller mest på prøve"*, og viser til at det ikkje er uvanleg at terapeuten veksler mellom å kjenne seg overvelda, kjenslemessig nummen eller distansert, og vise tydeleg unngåingsadferd (Lund 2006).

”...men likevel kan det bli bra”

”Ulla” snakker fram diskursen om terapeuten si forståing som sannere og riktigere enn pasienten si, når ho snakker om ambisjonar og ynskje om felles forståing på vegne av pasienten:

”og det tenker jeg mye på for tiden, at mye av det som er i det terapeutiske arbeidet må jeg gjøre ganske ensomt, jeg er litt lei meg for det da, jeg har innbilt meg at pasientene mine skal komme mye lengre enn de gjør....men jeg begynner å forsone meg med det, at jeg må gjøre endel av jobben, det er min jobb, uten at vi kanskje kan gjøre det helt sammen, som jeg kunnet ønsket meg, eller skjønne ting sammen, men det kan bli ganske bra allikevel da.” (”Ulla” s 14)

Men ho opnar opp for pasienten si forståing som verdifull i neste setning: ”..men allikevel kan det bli bra, viss pasienten får med seg en erfaring som pasienten ikke helt forstår, men som lager en endring, eller opner noen rom.” Her beveger terapeuten seg slik eg tenkjer om det mot ein ”ikke- vitende posisjon”. Ei alternativ forståing er at ho tek til takke med at pasienten har fått tatt del i ein bit av terapeuten si forståing? Mellom desse posisjonane beveger vi oss som terapeutar frå det trygge, å vite, til det utrygge, å ikkje- vite, ein posisjon der vår viten og kunnskap ikkje strekk til (Anderson 2003). Ein kan lese ubehaget som ”Ulla” kjenner på, samstundes som ho seier implisitt at det å føle seg forstått ikkje nødvendigvis handlar om ord eller språk. Rolf Sundet drøfter ”møteplassar” mellom psykoanalytisk tradisjon og familierapitradisjonen, og er opptatt av at språk ikkje berre handlar om det talte ord, men og det som implisitt skjer i interaksjonen mellom oss, t.d. fornemming, stemning, sansing. Han tek for seg dikotomiane språk- ikkje språk og meining- ikkje meining. Dikotomiar peikar på at noko får ein sentrumsposisjon, medan den andre del av ein dikotomi får ein meir perifer eller marginalisert posisjon. Når vi i terapi legg vekt på det språkleggjorde, står det ikkje- språklege som noko mindreverdige (Sundet 2000).

“Ikke- mening er ikke meningsløst, men kanskje bare opplevelsesnært samvær. Vi lever våre dilemmaer sammen, vi kjenner og opplever det, og vi kan, men trenger ikke alltid å lage historier om dette samværet”. (ibid:195)

5.0 Avslutning

Utgangspunktet for denne undersøkinga var at eg var nysjerrig på kvifor temaet vald i nære relasjonar tilsynelatande i begrensa grad vart snakka om i psykiatrien, samstundes som merksemda var aukande både gjennom offentlege føringar og gjennom saker i media. Mi forforståing før eg starta handla om forholdet til pårørende og mi undring over om familieperspektivet representerte ei kjelde til kunnskap som var lite nytta. Bakgrunnen for å bruke såvidt mykje plass på pårørende sin posisjon er ei forforståing av at viss ein skal identifisere eit relasjonelt fenomen som vald i nære relasjonar, må ein i større grad "lyfte blikket" frå individ til relasjon og kontekst. Problemstillinga var formulert slik:

- Kva diskursar tek terapeutar i bruk for å forstå kompleksiteten til pasientane sine psykiske vanskar.
- Kva betydning får diskursane som blir brukt for gyldiggjering av pasienten sine erfaringar med vald i nære relasjonar

Ved gjennomgang av faglitteratur i psykiatrifeltet, som kunne relaterast til vald i nære relasjonar, fann eg at traumeteori er sentral. Den norske boka "Dissosiasjon og relasjonstraumer" av Anstorp, Benum og Jacobsen (2006) har vore viktig for meg i høve til kunnskap om traumer som eit relasjonelt fenomen. Psykiske problem vert innanfor denne diskursen forstått som den einskilde sin respons på og forsøk på å overleve ulike påkjenningar. Ein ser imidlertid at opprinnelege løysingar etterkvart kan skape problem for den det gjeld (Anstorp m fl 2006).

Tilgang til traumeerfaringar kan ein få gjennom 2 hovuddiskursar i arbeid- den samskapande og den definerande/ diagnostiske diskursen. Innanfor desse dominerande diskursane eksisterer det fleire underordna diskursar. Foucault var tidleg i si forskning opptatt av at det berre var eit kunnskapsregime i kvar historisk epoke, men i det diskursanalytiske feltet i dag er ein opptatt av at fleire forskjellige diskursar eksisterer side om side og kjemper om å definere kva som er sant (Jørgensen/ Philips 1998).

Den samskapande diskursen har sin bakgrunn i systemisk teori og nyare psykodynamisk teori (Hjort 2003). Denne diskursen tek høgde for at pasienten og pasienten sine problem oppstår og vert vedlikeheldne i ein kontekst, og må forståast i lys av denne. Fokus er å skape felles forståing og meining, meir enn å forklare. På denne måten har andre personar i pasienten sitt liv ein naturleg plass.

Innanfor den definerande diskursen står kategorisering av det ein ser og opplever sterkt, t.d. gjennom diagnostisering. Psykiske problem er på line med andre sjukdommar, og som ei fylgje av kroppslege eller mentale manglar. Når eg i denne samanheng snakkar om kroppsleg, meiner eg det som gjennom undersøking kan påvisast, t.d. forstyrning av fysiologiske og biokjemiske prosessar i hjernen. Det mentale kan eksemplifiserast ved t.d. kognitive funksjonar.

Begge desse diskursane er rikt representert i datamaterialet. Eg har forsøkt å ordne dette i element som gir meining, for meg, under fylgjande overskrifter:

- 4.1 Å vite eller å ikkje vite
- 4.2 ”det er fordi hun har ustabil personlighetsforstyrrelse”
- 4.3 ”du vet, vi spør jo ikke om vold”
- 4.4 ”ideelt sett burde man sikkert snakke med dem oftere enn man gjør”
- 4.5 Diskursar om vald- ”hvor de liksom krangla og slåss litt”
- 4.6 ”...de blir jo ikke friske likevel”

Dei tre fyrste kapittela handlar om korleis symptom og erfaringar vert utforska, og om det gir høve til å snakke fram erfaringar om vald i nære relasjonar. Her vert diskursen om standard verktøy som hjelp til å identifisere vald snakka fram. Standard utredningsverktøy og diagnostiske termar kan medverke til einsretting i psykiatrisk tenking. Men det kan og vere ei kjelde til å ha merksemd på fenomen som ein elles kan tape av syne, anten som konsekvens av at det er lite synleg innanfor det som er dominerande tenking i feltet, eller som konsekvens av at samfunnet legg band på kva det er mogeleg å prate om. Utfordringa slik eg ser det er mangel på utforsking av eit begrep som vald, då alle legg ulik meining til dette fenomenet. Dette kan føre til at pasientar ikkje responderer på eit uspesifikt spørsmål om vald. Forsking viser og at det er tidlegare valdserfaring som vert fanga opp av rutinespørsmål, og i mindre grad pågåande vald (NOU 2003 nr. 31).

I slekt med denne diskursen er vald i nære relasjonar som del av eit komplekst traumebilette. Når livet til pasientane vert komplekst, kan ein utifrå dette materialet anta at terapeuten treng ”knaggar” for å skape seg eit overblikk, slik at bestemte eigenskapar ved pasienten trer fram, t.d. i form av diagnostiske termar for personlegdomsförstyrning. Denne diskursen kan føre med seg at ein ikkje etterspør vald. Vald vert eventuelt oppfatta som ”ein del av eit større problem”, og som ”Mari” uttrykker det: *”de lever jo elendige liv mange av de som kommer til oss”*. Diagnosar kan og brukast til forklare livet som vert levd, og val som vert gjort. Diagnosespråk er reduksjonistisk ved at det reduserer komplekse historier til enkle kategoriar. Språket fangar oss ikkje berre i måten vi forstår problem på, men også kva slags løysing vi har tilgang på (Mosgaard 2009). Vald og traumer si betydning for meining i pasienten sitt liv vert ikkje utforska og heller ikkje forstått. Ein alternativ diskurs til dette, som og er representert, er den narrative/ samskapande diskursen som søker å identifisere alternative historier til den dominerande lidingshistoria, og søker å forstå meir enn å forklare som Bøe/ Thomassen er opptatt av (2003).

Kapittel 4.4 handlar om forholdet til pårørande. I dette er fleire diskursar i arbeid. Pårørande vert sett på som mottakar og leverandør av informasjon utifrå ein ide om å gjere den eine Historia komplett. Alternativt vert pårørande gitt eit høve til å delta i ein samskapande prosess, der det er rom for fleire parallelle historier. ”Ulla” som viser til praksis på det siste, uttrykkjer: *”jeg får til flere samtaler og jeg får bedre samtaler”* (”Ulla” s. 6). I forholdet til barn som pårørande eksisterer det og fleire diskursar. Alliansen til pasienten vert utfordra når barnet sitt beste skal ivaretakast. Her kan ein sjå ein tydeleg forskjell mellom praksis i døgnavdeling og i poliklinikk, då døgnavdelinga i større grad tek initiativ til å invitere barna til avdelinga enn kva som er praksis i poliklinikken. Dette vert gjort utifrå ein diskurs om barnet sitt beste. Når dei ikkje får det til, grunngir dei det med at pasienten vegrar seg og ikkje har tru på at det er naudsynt: *”vi driver nok endel motivasjonsarbeid (), med de som ikke er helt, ikke ser behovet, ikke ønsker å ta imot tilbudet ()”* (”Sofie” s. 5). Eg tolkar at diskursen i arbeid her er at pasienten ikkje veit barnet sitt beste. Eit alternativ kan vere at pasienten vegrar seg fordi han er opptatt av barnet sitt ve og vel, og er usikker på om avdelinga greier å ivareta barnet innanfor ramma av ei psykastrisk avdeling? Desse dilemmaene vert det sett lite ord på slik det kjem fram i mitt materiale.

Diskursen om pasienten sitt beste lener seg, slik eg ser det, på ein konstruksjon om pasienten som mottakar av hjelp og i behov av vern. I det ligg det og ei vurdering av om pasienten er tilrekneleg. Det kan føre til at pasienten som ansvarleg forelder ikkje vert sett og gyldiggjord, og at foreldreskap er eit tema som vert lite snakka om. Det kan sjå ut som det er denne diskursen som er dominerande, sjølv om lovendring og pålagt endring⁴² i praksis vil utfordre dette.

I kapittel 4.5 vert ulike diskursar om vald konstruert. Her ser eg i ettertid at eg kunne fått fram rikara framstillingar av vald dersom eg hadde invitert deltakarane eksplisitt til det. I ein samskapande samtale som intervjuar bar preg av, førde det med seg at nokre tema vart meir vektlagt enn andre i dei ulike samtalan. Men det kan og vere eit uttrykk for at terapeutane i liten grad er utforskande i møte med dette begrepet, og det i seg sjølv kan føre til at pasienten sine valdserfaringar ikkje i tilstrekkeleg grad vert ordsett. "Liv" var den som gav uttrykk for å vere opptatt av det språkleggjorde, og den som hadde størst breidde i sine konstruksjonar av vald. Vald og traumer vert konstruert som årsaker til psykisk lidning, og alternativt som konsekvens av psykisk lidning. Diskursen om traumeerfaringar som bakgrunn for dårleg psykisk helse gir rom for at konkrete erfaringar i pasienten sitt liv vert gjort gyldige. Det gir høve til å plassere ansvar og skuld der det høyrer heime, og gjer pasienten meir aktiv og handlande i sitt eige liv. Diskursen om vald som ein konsekvens av psykisk lidning definerer både utøvar og utsatt på same tid som offer og ansvarleg.

I det siste kapittelet viser eg til ulike diskursar om endring. Ein dominerande diskurs i materialet er at endring må komme frå pasienten sjølv. Å ville endring på vegne av pasienten er ikkje nok. Faren ved denne posisjonen er at handlingsrommet for å tilby hjelp når pasienten er utsett for fare er liten. "Kari" snakkar fram ei historie om pågåande vald, der det vart arbeidd med pasienten si evne til å setje grenser og hevde eigne behov. Tryggleiken for pasienten vart ikkje vurdert og valden auka.

Eit spørsmål som melder seg er om kunnskapsgrunnlaget for å forstå den spesifikke traumen som vald i nære relasjonar representerer, er der? Det gir ikkje mitt materialet grunnlag for å svare på, men det kunne ha vore spennande å undersøkt vidare. "Liv"

⁴² Frå 1. januar 2010 er spesialisthelsetenesta pålagt å ha barneansvarleg koordinator på alle institusjonar.

er inne på det det når ho uttalar seg om dilemmaet ein som terapeut står i. Her er ho i møte med ein son som bur ilag med ein valdeleg far

”En (far) som har utøvd vold mot noen (sonen), og som skaper frykt da,()samtidig som sønnen har et nært bånd til denne faren som han er avhengig av. Det er ganske sånn forvirrende å stå imellom der og, og vite hvordan en skal ta det imot, uten å miste pasienten viss du er for krass til å holde med han (dvs. sonen)” (”Liv” s. 3)

Kan dette ha betydning for praksis ?

Dette arbeidet har hatt betydning for meg som person og fagperson. Mi forforeståing har vorte utfordra gjennom møte med eigen empiri og litteratur. Diskursar skaper barrierer både på system og individnivå i fagfeltet, i tillegg til at pasientane vi møter også er ”fanga” i dei same diskursane. Det fortel meg at røynda er meir kompleks enn eg klarer å fatte, og gjer meg audmjuk. Oddli/ Kjøs er opptatt av dette når dei er kritisk til den sosialkonstruksjonistiske ideen. Dei er opptatt av at relasjonen terapeut-pasient aldri kan vere likeverdige relasjonar. Det vil alltid vere ein som søker hjelp, og skal kunne forvente å få noko av terapeuten, og at verda utanfor terapirommet nok ikkje er so egalitær⁴³ som modellen forutset (1998). Kunnskap om korleis diksursar medverkar til at noko har merksemd medan andre ting ikkje har det, er naudsynt for å forstå dette. Eg har oppdaga som Anne Øfsti skriv i si doktorgradsavhandling ”Some call it love” (2008), at terapi ikkje handlar om å ”overbevise” pasienten om den beste diskursen å handle innafor, men å synleggjere ulike diskursar slik at pasienten kan gjere sjølvstendige valg.

Med tanke på ”barna” eg har møtt og referert til i innleiinga av oppgåva, Patryk frå eigen praksis og Christoffer frå Aftenposten, er det nedslåande kor sterkt diskursen om pasienten sitt beste står når barna er utsett. Men engasjementet til terapeutane eg har møtt gir grunn til optimisme, sjølv om praksis viser at det er lettare å snakke om det enn å skape ny praksis. Endringar i lovverket gjennom dei siste åra, med auka fokus på pasientrettar og pårørande sine rettar, vil slik eg ser det, danne grunnlag for nye praksisformer. Rolf Sundet har eit poeng når han er opptatt av å ikkje gløyme maktforholdet når ein snakkar om dikotomien terapeutperspektiv og brukarperspektiv.

⁴³ egalitær bygger på prinsippet om likeverd for alle (Kunnskapsforlaget 1978)

Han ser behovet for eit omvendt hierarki når tidlegare marginaliserte delar av dikotomier skal få ein sentrumsposisjon (Sundet 2006). Kanskje påbud i lovs form er døme på eit slikt ”omvendt hierarki”?

Etter intervju har eg eit inntrykk av at terapeutane på den eine sida ser ut til å ta alvoret med vald i nære relasjonar innover seg, men at praksis fortsatt er sterkt dominert av eit individuelt fokus. Dei relasjonelle perspektiva og fenomen kjem derfor i skuggen av individualpsykologiske måtar å forstå psykiske problem på. Eit av spørsmåla mine under intervju var om terapeuten tenkte at samfunnet si merksemd på vald i nære relasjonar hadde innverknad på deira praksis. Det var tankevekkjande at fleire ytra at dei ikkje hadde tenkt på det. Både Norvoll (2002) og Hjort (2003) peikar på at vaksenpsykiatrien har vore prega av ein ”lukka” kultur, som i mindre grad enn andre (t.d. rusfeltet), har vore open for alternative tankesett. Temaet vald i nære relasjonar utfordrar etter mitt syn dette perspektivet. Er det no på tide å opne opp? Kan det tenkjast at vi treng å supplere ”verktøykassa”? Sundet, Johnsen og Torsteinsson (Johnsen m.fl.2000) står som ”brubbyggjarar” mellom tradisjonelle faglige skiljelinjer. Dei har vore viktig for meg for å lyfte fram behovet for kunnskap om både intersubjektivitet og intrasubjektivitet. Dei peikar på, og argumenterer for, at nyare utviklingspsykologi representert ved t.d. Daniel Stern kan vere nyttig for familierapeutar. Når psykoanalysen i tillegg viser interesse for det narrative perspektivet, kan ein tru på at desse tradisjonane kan gjere kvarandre rikare.

Spørsmål psykiatrifeltet må stille seg er: Er vi tilfreds med at pågåande vald berre er ei sak mellom terapeuten og pasienten? Og kva gjer vi for å trygge kvinnene, mennene og barna i dei familiane som er berørt av vald?

Litteraturliste

- Andersen, T. (2001) Et samarbeid- av noen kalt psykoterapi
I: Rønnestad/ Von der Lippe, Det kliniske intervjuet
Gyldendal Akademiske 2002, s.314- 332
- Andersen, T (2006)a
Reflekterende samtaler; min versjon
I: Eliassen/Seikkula (red), Reflekterende prosesser i praksis
Universitetsforlaget, Oslo, s.33-49
- Andersen, T. (2006)b
Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalene
Tom Andersen og psykologiske forlag A/S, 3. utgave
- Anderson, H. (2003)
Samtale, sprog og terapi, et postmoderne perspektiv
Hans Reitzels Forlag, København
- Anstorp, T. (lest 16.03.09) Hjelperens utfordringer i møte med vold og overgrep
<http://ost.rvts.no/Details.asp?aid=73>
Resurssenter for vold og traumatisk stress- region øst
- Anstorp, T./ Benum, K., Jacobsen, M. (2006)
Å arbeide med traumer er å arbeide med dissosiasjon
I: Anstorp/ Benum/ Jacobsen, Dissosiasjon og relasjonstraumer- integrering av det splittede jeg
Universitetsforlaget, Oslo, s17-20
- Askeland, I.R./ Strand, A. / Sætre, I. (2002)
Voldsutsatte kvinners erfaringer- et bidrag til arbeid med menn som utøver vold
I: Råkil, M.(red), Menns vold mot kvinner, behandlingserfaringer og kunnskapsstatus.
Universitetsforlaget, Oslo s. 64-80
- Bentall, R. P. (2007)
”The new psychology and treatment of psychosis”
Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol 44, nr 5, s 524-526
- Benum, K. (2006) Når tilknytning blir traumatisert
I: Anstorp/ Benum/ Jacobsen, Dissosiasjon og relasjonstraumer- integrering av det splittede jeg
Universitetsforlaget, Oslo, s 22-101
- Berulfsen/ Gundersen (red) (1978)
Fremmedordbok
Kunnskapsforlagets blå ordbøker
- Bøe, T.D./ Thomassen, A. (2000)
Mot en mer menneskelig psykiatri- fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse
Tore Dag Bøe, Arne Thomassen og Universitetsforlaget

- Clausen, S.E. (2004)
 ”Har barn som mishandles større risiko for å bli kriminelle”
 Tidsskrift Norsk Psykologisk Forening , vol 41, nr 12 , 9712-978
- deVries, M.W. (1996)
 Trauma in cultural perspective
 I: van der Kolk, Mcfarlane, Weisaeth, editors
 Traumatic stress. The effect of overwhelming experience on mind, body and society.
 1996 The Guilford Press, New York, s 398-413
- Distrikopsykiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (1996) nr. 9
 Sosial- og helsedirektoratet
- Felitti, V.J. (2009)
 Adverse childhood experiences and their relationship to adult health, well-being and disease- Turning gold into lead
 Forelesning 2. Nordiske konferanse om vold og behandling
 Oslo, 7. oktober 2009 arr. Alternativ til vold
- Fjeldheim, N.(2006)
 Vold og terapi- en analyse av behandlingsdiskuser på familievoldsfeltet-
 Masteroppgåve
 Unversitetet i Oslo
- Foucault, M.(1972)
 The archeology of knowledge
 New York: Phanteon books
- Foucault, M. (1992)
 Galskapens historie i opplysningens tidsalder
 Gyldendal, 2. utgave
- Gergen, K (1999)
 Discourse and emancipation
 kap 3 i Gergen: An invitation to social construction, Sage
- Hagen, Berge, Gråwe (2007)
 ”Towards a new understanding of psychosis”
 Tidsskrift for Norsk Psykologisk Forening, vol 44, nr 5, s 522-523
- Hammerlin, Y.(2002)
 Den ”totalitære familie” og dens vold og maktformer
 I: Råkil, M.(red), Menns vold mot kvinner, behandlingserfaringer og kunnskapsstatus.
 Universitetsforlaget, Oslo, s.187- 204
- Haram, A.(2004)
 Dialogens kraft- når tanker blir stemmer
 Universitetsforlaget 2004

- Helle, J. og Johannesen, R. (2007)
Fra ny kunnskap til integrert kunnskap? Utfordringer i møtet mellom to ulike teoretiske og metodiske tilnærminger i arbeid med voldsproblematikk i familievernet
Fokus på familien 4: 312- 326
- Hjort, H.(2003)
Ideer i norsk psykoterapi, utviklingslinjer og brytninger 1970- 2000
Unipub forlag og forfatteren
- Haaland, T., Clausen, S.-E., Schei, B. (2005)
”Vold i parforhold- ulike perspektiver”. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge.
NIBR- rapport nr. 3, NTNU
- Hårtveit, H., Jensen, P. (2004)
Familien- pluss en, innføring i familieterapi
Universitetsforlaget, 2. utgave
- ICD- 10 (2000)
Norsk utgav av :”The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva 1992
Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ingebrigtsen, H.(2007)
”Det kunne bli et bra ekteskap av dette....” En samtale om vold og samarbeid mellom ATV’s grunnlegger, psykolog Per Isdal, og familieterapeut Hilde Ingebrigtsen med 30 års fartstid i barnevernet.
Fokus på familien 4: 251- 261
- Isadal, P./ Råkil, M. (2002)
Volden er mannens ansvar- behandling av mannlige voldsutøvere som tiltak mot kvinnemishandling
I: Råkil, M.(red), Menns vold mot kvinner, behandlingserfaringer og kunnskapsstatus. Universitetsforlaget, Oslo s. 100-128
- Isdal, P. (2000)
Meningen med volden
Kommuneforlaget
- Jensen, P. (1994)
”Ansikt til ansikt, System- og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie”
Ad Notam Gyldendal
- Jensen, P. (2007)
The Narratives Which Connect, A qualitative research approach to the narratives which connect therapists personal and private lives to their family therapy practices
Doctorate of systemic psychotherapy awarded by the University of East London in conjunction with the Tavistock Clinic
Diakonhjemmet University College

Johnsen, A., Sundet, R., Torsteinsson, V.W. (2000)
Samspill og selvopplevelse- nye veier i relasjonsorienterte terapier
Forfatterne og Tano Aschehoug

Justisdepartementets voldsmåling 2008
Lest 20.04.10

http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/rapporter_planer/rapporter/2008/justisdepartementets-voldsmaling-2008.html?id=538945

Jørgensen, M.W./ Phillips, L.(1999)
Diskursanalyse som teori og metode
Roskilde Universitetsforlag

Kirkengen, A.L.(2009)
Hvordan krenkede barn blir syke voksne
Universitetsforlaget 2009

Klæth, J.R. Tiller DPS og Hagen, R. (2009)
”Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser”
Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr 11, vol 46, 1049-1055

Kvale, S. (1997)
Det kvalitative forskningsintervju
Gyldendal Norsk Forlag AS 2001

Langdridge, D.(2006)
Psykologisk forskningsmetode
En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger
Tapir Akademiske Forlag, Trondheim

Leira, H.K.(2002) To skritt fram, ett tilbake, og to nye skritt fram? Om motstand mot kunnskap om menns vold mot kvinner.
I: Råkil, M.(red), Menns vold mot kvinner, behandlingserfaringer og kunnskapsstatus.
Universitetsforlaget, Oslo s. 31-52

Leira, H.K.(2003)
Det gode nærvær, kulturens psykologiske betydning
Copyright by Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S

Lov om pasientrettigheter, lov av 2. juli 1999, nr 63
Lov om spesialisthelsetjenesten, lov av 2. juli 1999, nr 61
Lov om helsepersonell, lov av 2. juli 1999, nr 64

Lund, E.C. (2006) Terapeuters reaksjoner i møte med sterkt traumatiserte klienter
I: Anstorp/ Benum/ Jacobsen, Dissosiasjon og relasjonstraumer- integrering av det splittede jeg
Universitetsforlaget, Oslo, s 247- 261

- Lundby, G. (1998)
Historier og terapi, om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier
Geir Lundby og Tano Aschehoug
- Lyche, H.S./ Molin, P.K. (2002) "Jeg er ingen voldsmann" Voldsutøvende menn som kontakter Alternativ Til Vold
I: Råkil, M.(red), Menns vold mot kvinner, behandlingserfaringer og kunnskapsstatus. Universitetsforlaget, Oslo s. 81-99
- McFarlane, A.C./van der Kolk, B.(1996) Trauma and its challenge to society
I: van der Kolk, Mcfarlane, Weisaeth, editors
Traumatic stress. The effect of overwhelming experience on mind, body and society. 1996 The Guilford Press, New York, s 24-46
- Middelborg, J., Lilledalen, G., Tindberg, J., Solevåg, A., Lang, N., (2007)
"Tryggere barndom" Parterapi- en nyttig tilnærming for barn som lever med vold i familien.
Fokus på familien 4: 292- 311
- Monsen, J. (1991)
Vitalitet, psykiske fostyrrelser og psykoterapi
J.T. Monsen og TANO AS
- Mosgaard, J. (2009) Sprogets forførelser. Om diagnoser og andre konklusjoner
I: Fokus på Familien 4: 238-255
- Nijenhuis, E.R.S./ van der Hart, O. / Steele, Kathy (2006) Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten, Teoretisk forståelse og begrepsavklaring
I: Anstorp/ Benum/ Jacobsen, Dissosiasjon og relasjonstraumer- integrering av det splittede jeg
Universitetsforlaget, Oslo, s 73-88
- Norges offentlige utredninger (2003) nr. 31
"Retten til et liv uten vold" Menns vold mot kvinner i nære relasjoner
Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltningen
- Norvoll, R.(2002)a
Avslutning
I: Norvoll (red) "Samfunn og psykiske lidelser, Samfunnsvitenskapelige perspektiver- en introduksjon"
Gyldendal Norsk Forlag AS, s 254- 263
- Norvoll, R. (2002)b
Psykisk lidelse som sosial prosess
I: Norvoll (red) "Samfunn og psykiske lidelser, Samfunnsvitenskapelige perspektiver- en introduksjon"
Gyldendal Norsk Forlag AS, s 98- 120

- Norvoll, R. (2002)c
Makt og sosial kontroll innefor psykisk helsevern
I: Norvoll (red) ”Samfunn og psykiske lidelser, Samfunnsvitenskapelige perspektiver-
en introduksjon”
Gyldendal Norsk Forlag AS, s 120- 144
- Oddli, H.W., Kjøs, P.(1998)
Psykologien og vitenskapen, moderne og postmoderne forståelse av terapi
Forfatterne og TANO Aschehoug
- Olsen, J.P. (24.04.09) Hvem har ansvaret? I: Aftenposten, kronikk, s. 20
- Råkil, M. (2002)
En introduksjon til feltet menns vold mot kvinner
I: Råkil, M.(red), Menns vold mot kvinner, behandlingserfaringer og kunnskapsstatus.
Universitetsforlaget, Oslo, s 17-30
- Shalev, A.Y. (1996)
Stress versus traumatic stress, ”From acute homeostatic stress to chronic
psychopathology”
I: van der Kolk, Mcfarlane, Weisaeth, editors
Traumatic stress. The effect of overwhelming experience on mind, body and society.
1996 The Guilford Press, New York, s. 77-101
- Skjervheim, H.(1996)
Deltakar og tilskodar og andre essays
Aschehoug & co. (W. Nygaard), Oslo
- Skjørten, K. (1999) Kunnskap om voldens omfang i Norge og Norden.
I: Norges offentlige utredninger nr 13 ”Kvinnens helse i Norge”
Statens forvaltningsstjeneste, Oslo s. 350- 355
- Skjørten, K.(1994)
Voldsbilder i hverdagen- om menns forståelse av kvinnemishandling
Pax Forlag AS
- Statistisk sentralbyrå, lest 06.07.09
Statistikk over tiltak i Barnevernet 2008
<http://www.ssb.no/barnevern/>
- Sundet, R.(2006)a
Reflekterende prosesser- noe mer enn refleksjon?
I: Eliassen/Seikkula (red), Reflekterende prosesser i praksis
Universitetsforlaget, Oslo, s.15-32
- Sundet, R. (2006)b
Tør vi tro på det pasientene sier?- om kunnskap og makt i psykisk helsearbeid
I: Helse og Sosialfag, Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr.2, s. 197-200

Thagaard, T.
Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode
Copyright 2003 by Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Thorn, A. (2008)
Søsken til unge mennesker med psykose forteller om sine erfaringer og hvordan de
ønsker å bli møtt av helsevesenet
I: "Fokus på familien" 1:19-37

Torsteinsson, V.W. (2000)
Om relasjonsforståelse og etikk- et etisk perspektiv på det narrative selvet
I: Johnsen/ Sundet/Torsteinsson (red): Samspill og selvopplevelse- nye veier i
relasjonsorienterte terapier
Forfatterne og Tano Aschehoug, s 214-228

Ulvestad, A (2002)
Mot en ny dannelses- om møter, paradigmer om møter, og vansker med å møtes
I: Fokus på familien 30: 218- 233

van der Kolk, B./ Weisæth, L. /van der Hart, O. (1996)
History of trauma in psychiatry
I: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, editors
Traumatic stress. The effect of overwhelming experience on mind, body and society.
1996 The Guilford Press, New York, s 47-74

van der Kolk, B./ McFarlane, A.C. (1996)
The black hole of trauma
I: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, editors
Traumatic stress. The effect of overwhelming experience on mind, body and society.
1996 The Guilford Press, New York, s 3-23

Vatnar, S. B.(2009)
Hvis partnervolden og kvinnene er mer heterogene enn vi har trodd
Forelesning på "2. Nordisk konferanse for vold og behandling"
Oslo, 8. Oktober 2009, arr. Alternativ til vold

Vatnar, S.B. (2000)
Familievold og familievern. Presentasjon og drøfting av en kartleggingsundersøkelse
ved familievernkantorene i Norge
I: Fokus på Familien 3:169-182

Vea, Ingeborg (2009) I samtale med Kari Killen
Trygg tilknytning virker som vaksine
I: Magasinet voksne for barn 3:8-10

Vendepunkt (2007)
Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008- 2011
Justis- og politidepartementet

VG- nett, lest 10.03.2010

Kommentar til helsetilsynet si tilsynsmelding

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=579813>

Vårt Land nettavis, lest 24. 03.09

Uttale frå Truls Fyhn, Politimester i Tromsø

<http://www.vl.no/samfunn/article11855.zrm>

Wifstad, Å(2001)

Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri

Universitetsforlaget, Oslo

Willig, C. (2008)

Introducing Qualitative research in psychology

Copyright, Carla Willig

Øfsti, A.K.S. (2008)

Some call it love

Exploring Norwegian Systemic Couple Therapists' Discourses of Love, Intimacy and Sexuality

Doctorate of system psychotherapy awarded by the University of East London in conjunction with the Tavistock Clinic

Østli, K. (12.03.2010). En historie om to brødre I: Aftenposten, A- magasinet, s.20-26

Østli, K. (21.04.09). Gutten som ble usynlig. I: Aftenposten, A- magasinet, s 18-26

Informasjon til deltakarar :

Terapeuter sitt arbeid i møte med vald i nære relasjonar på ein psykiatrisk poliklinikk for vaksne

Mitt navn er Sissel Urke, og eg arbeider ved psykiatrisk klinikk for vaksne ved Ringerike Sykehus HF, avdeling Hallingdal Sjukestugu. I perioden 2006- 2010 er eg og student ved Diakonhjemmet Høgskole der eg tek ein mastergrad i familierapi og systemisk praksis. I samband med det skal eg skrive ei mastergradsoppgåve med utgangspunkt i ei kvalitativ undersøking. Arbeidstittelen på oppgåva er ”Ulike perspektiver på vald i nære relasjonar på ein psykiatrisk poliklinikk for vaksne”.

Med utgangspunkt i auka fokus på vald i nære relasjonar gjennom forskning, større politisk engasjement og auka mediefokus, ynskjer eg å sjå på om dette fokuset har betydning for terapeutar si merksemd på dette fenomenet i møte med pasientane sine psykiske vanskar.

Etter at norges første offentlege utredning om menns vold mot kvinner: ”Retten til et liv” kom i 2003 (NOU 2003:31), har det skjedd mykje på dette feltet. Det er oppretta sentrale og regionale ressurscenter på volds- og traumefeltet(St. proposisjon nr. 1 2004-2005), politi- og rettsvesen har blitt styrka på dette området, og familievernet og krisesenterbevegelsen har inngått i mange prosjekter med tema: vald i nære relasjonar. Kva har skjedd i psykiatrien?

I psykiatrisk poliklinikk møter vi mange som ber på erfaringar med å vere valdsutsatt, har vore vitne til vald i nær familie eller er/ har vore valdsutøvar. For mange kan desse erfaringane vere sterkt skambelagte, og vanskeleg å bringe fram i samtalen. Eg er opptatt av korleis vi som terapeutar skaffer oss kunnskap om relasjonane pasientane er i, og kva vi legg vekt på. Eg ynskjer å høyre kva erfaringar erfarne terapeutar har med vald i nære relasjonar i terapi. Kva gjer terapeutar for å unngå å oversjå fenomen som kan vere viktige for å forstå kompleksiteten i lidelsesuttrykket hos pasientar?

Eg er ikkje opptatt av å møte ”ekspertar” eller terapeutar som arbeider særskilt med vald i nære relasjonar, men mangfaldet av terapeutar som i sin praksis er forventa skal romme det meste av problemstillingar, slik det gjerne er på ein allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Intervjua vil bli omtalt i mastergradsoppgåva i anonymisert form. Deltaking i undersøkinga vil bygge på skriftlig informert samtykke frå den einskilde terapeut, og frå institusjonsleiinga. Det er mogeleg å trekkje seg ifrå undersøkinga når som helst undervegs, utan at det får konsekvensar for deltakaren. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Intervjuet vert tatt opp på band som vert makulert når undersøkinga er avslutta. Intervjua vert transkribert, anonymisert og gjennomgått av undertekna og veileder. Veileder er Ella Kopperud, MFSP Familierapeut ved Aust- Agder Familievernkontor. Det er kun undertekna som vil kjenne deltakerens identitet. Dersom det er ynskjeleg kan deltakarane få tilsendt 1. utkast av oppgåva for gjennomlesing, og evt. komme med kommentarar.

Viss du kan tenke deg å delta i undersøkinga, ber eg om at du sender svarslippen som ligg ved, eller kontakter meg på e- post snarast mogeleg. Eg vil ta kontakt for å avtale evt. intervjutidspunkt.

Med vennlig helsing

Svarslipp:

Sendast til Sissel Urke, Psykiatrisk poliklinikk Hallingdal sjukestugu, Helsetunvegen 1, 3570 Ål.

telefon arbeid 32086970, mobil 99246742

e-post sissel@kulturhagen.no eller sissel.urke@ringerike-sykehus.no

Eg ynskjer å vere med på undersøkinga om møte med vald i nære relasjonar på ein psykiatrisk poliklinikk.

Navn:

.....

Arbeidsstad:

.....

Telefon: E-post:

.....

Samtykkeerklæring

Eg har lest informasjonsskrivet om undersøkinga: ” **Terapeuter sitt arbeid i møte med vald i nære relasjoner på ein psykiatrisk poliklinikk for vaksne**”

Eg samtykker i å delta i undersøkinga, og at intervjuet kan brukast slik det kjem fram i informasjonsskrivet. Det inneber og at utvalte sitat kan presenterast i mastergradsoppgåva for å synliggjere forfattaren si fortolkning.

Eg ynskjer å motta fyrste utkast til rapport om undersøkinga for å kunne gi mine kommentarer: Ja: Nei:

Det er høve til å trekke seg som deltakar frå prosjektet når som helst i prosessen utan at det får fylgjer for deltakaren.

Stad, dato

Navn

Intervjuguide:

Terapeuter sitt arbeid i møte med vald i nære relasjoner i psykiatrien

Innleiing: Introdusere temaet, formålet med undersøkinga, begrunne valg av deltakarar.
Presentere min bakgrunn for kva eg er opptatt av når det gjeld nære relasjoner generelt og i høve til vald i nære relasjoner spesielt.

Kva tankar gjer du deg temaet temaet vald i nære relasjonar innleiingsvis?

Kva er du opptatt av når du skal kartlegge/ forstå pasienten sitt uttrykk/ symptom? Kan du beskrive, gi eksempel på korleis du går fram?

Kva tenker du er nyttig for å fange opp det som pas ikkje opent kjem fram med, men som kan vere viktig for å forstå pas's helsetilstand?

Begrunnelse?

Har du eksempel?

Korleis får du kunnskap om relasjonane dei du møter står i/ er i?

-Kva tema er aktuelle å snakke med pårørende om?

evt. spørre etter:

-faste rutiner for å kartlegge pas's relasjoner?

-omsorgsansvar?

-fordeling av ansvar med evt. andre vaksne?

- spørsmål som går på kven som tek seg av barnet når mor/ far er lite tilgjengeleg?

-kva tankar pas. har om si eiga omsorgsevne?

-veiledere, strukturerte intervjuer osv

Kan du fortelle meg om ein gong du opplevde pasienten fortelle deg om:

valdsutøving?

å vere valdsutsatt?

eller vitne til vald?

Spør spesielt etter erfaringar som ikkje er kjend på førehand. Kva gjorde du for at pasienten kunne fortelle om disse erfaringane? Kva tankar har du om korleis du som behandler best kan ivareta ein slik situasjon?

Har du tankar om kva dilemmaer ein kan møte på når ein vert kjent med valdsbruk i nær familie? Konkrete erfaringar?

Spør etter praksis og eksempel, også eksempel som ligg tilbake i tid

Kva var det som gjorde at du vart merksam på dette fenomenet i denne saka? Kva gjorde at du valgte å gå vidare på dette/ ikkje valgte å gå vidare?(klart uttrykt/ berre ei kjensle/intuisjon/behandlingsplan/

I informasjonsskrivet som du har fått, viser eg til at vald i nære relasjonar dei siste åra har fått større merksemd. Har du gjort deg nokre tankar om dette har betydning for deg i ditt møte med pasienten? Ditt ansvar i høve til samarbeid med andre instansar? Og evt. gjer du deg tankar om kva rolle spesialisthelsetenesta kan spele i forhold til vald i nære relasjoner?

Kva tankar har du om korvidt vald i nære relasjonar er eit vanskeleg tema å snakke om.

Kvifor, kvifor ikkje?

For pasienten?

For terapeuten?

Oppsummering, er det noko du ynskjer å føye til av det vi no har snakka om, evt. justere/ nyansere.



Anne Øfsti
Avdeling for etter- og videreutdanning
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 20.11.2009

Vår ref: 22374 / 2 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.08.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22374	Terapeuter sitt arbeid i møte med vald i nære relasjoner på ein psykiatrisk poliklinikk
Behandlingsansvarlig	Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anne Øfsti
Student	Sissel Urke

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

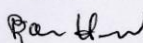
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

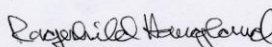
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Sissel Urke, Knausevegen 9, 3570 ÅL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

22374

Utvalget omfatter 6-8 terapeuter ved to psykiatriske poliklinikker.

Studenten kontakter lederne ved poliklinikkene som formidler kontakt med aktuelle deltakere.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju, og det gjøres lydopptak under intervjuene. Personvernombudet forutsetter at deltakerne i prosjektet ikke gir opplysninger om tredjepersoner (pasienter eller pårørende), og at taushetsplikten derfor ikke er til hinder.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke til deltakelse. Personvernombudet mottok revidert informasjonsskriv 17. november 2009 og finner skrevet tilfredsstillende.

Senest innen prosjektslutt, 1. oktober 2010, vil datamaterialet anonymiseres ved at navneliste/koblingsnøkkel og lydopptak slettes, og indirekte identifiserende personopplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.